TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Charles WALTHER

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1908

I

TITRES

Interne des hôpitaux
(1880).

Aide d'anatomie de la Faculté
(1881).

Prosecteur des hôpitaux
(1884).

Docteur en médecine
(1885).

Chef de clinique de la Faculté
(1888).

Chirurgien des hôpitaux
(1890).

Membre de la Société clinique.

Membre de la Société anatomique
(vice-président, 1890).

Agrégé de la Faculté
(1895).

Membre de la Société de Chirurgie
(1896).

ENSEIGNEMENT

Adjuvat (1881-1884).

Protectorat (1884-1888).

Clinicat (1888-1890).

Assistance du professeur Tillaux à l'Hôtel-Dieu, comme chirurgien des Hôpitaux (1890-1893).

Agrégation (1895). — Cours complémentaires et conférences.

— Suppléance du professeur Tillaux pendant les vacances (1895 à 1899).

— Remplacement du professeur Duplay pendant le semestre d'hiver (1900-1901).

Cours de médecine opératoire à l'amphithéâtre des Hôpitaux (1906, 1907, 1908).

Cours complémentaire de clinique pour l'enseignement des stagiaires, à l'Hôpital de la Pitié depuis 1906.

II

LISTE DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1º Épiplocèle sphacélée (*Bulletin de la Société clinique*, 1882, p. 155).

2º Article Testicule, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (En collaboration avec le professeur Gosselin, 1883).

3º Recherches anatomiques sur les veines du rachis. — Thèse de doctorat, 1885 (*Médaille d'argent de la Faculté*).

4º Note sur une anomalie exceptionnelle de l'artère humérale (*Société anatomique*, 1886, p. 204).

5º Fracture ancienne du coude (*Société anatomique*, 1886, p. 257).

6º Rétraction de l'aponévrose palmaire (*Société anatomique*, 1886, p. 283).

7º Orteil à ressort par déformation osseuse (*Société anatomique*, 1886, p. 403).

8º Brachydactylie (*Société anatomique*, 1886, p. 604).

9º Kyste hydatique sus-prostatique (*Société anatomique*, 1886, p. 749).

10° Kyste hydatique du foie avec prolongement diverticulaire séparé de la cavité principale par un orifice étroit et en partie oblitéré par une valvule (*Société anatomique*, 1886, p. 750).

11° Luxation ancienne du coude, néarthrose (*Société anatomique*, 1887, p. 141).

12° Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque (*Société anatomique*, 1888, p. 256).

13° De la pleurotomie postérieure. Recherches anatomiques sur le lieu d'élection de l'incision dans l'opération de l'empyème (*Société anatomique*, 1888, p. 259).

14° Rapports et branches des artères intercostales (*Société anatomique*, 1888, p. 351).

15° Hernie inguinale congénitale étranglée, adhérente. Opération. Guérison (*Société anatomique*, 1889, p. 561).

16° Lymphadénome du testicule (*Société anatomique*, 1889, p. 602).

17° Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Société anatomique*, 1889, p. 601).

18° Fistule du sein chez l'homme (*Société anatomique*, 1890, p. 300).

19° Lipome des bourses (*Société anatomique*, 1890, p. 430).

20° Ostéosarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de cuisse (Pièce présentée par M. Canniot. *Société anatomique*, 1890, p. 437)

21° Kyste des conduits de Gaertner (*Société anatomique*, 1890, p. 439).

22° Ulcère perforant de l'estomac (Pièce présentée par M. Hélary. *Société anatomique*, 1890, p. 441).

23° Observations de corps fibreux avec inversion de l'utérus. Énucléation et morcellement de la tumeur. Réduction spontanée de l'inversion (Observations, thèse de M. Delteil, Paris, 1890).

24° Greffe thyroïdienne dans un cas de myxœdème (En collaboration avec M. Merklen. *Société médicale des hôpitaux.* Séance du 14 novembre 1890).

25° Kyste séreux multiloculaire du cou (Pièce présentée par M. Hélary. *Société anatomique*, 1890, p. 459).

26° Ulcère perforant de l'estomac, 3e cas (*Société anatomique*, 1890, p. 466).

27° Article Cou, maladies diverses (*Traité de chirurgie*, t. V, 1891).

28° Suture de la rotule, suture ultérieure du tendon rotulien (*Société de chirurgie*, 13 mai 1891).

29° Sur quelques variétés de fractures du bassin (*Société anatomique*, 1891, p. 537).

30° Kyste hydatique de la face supérieure du foie. Incision par la voie transpleurale. Guérison (*Société de chirurgie*, 14 octobre 1891).

31° Collaboration à la rédaction de la *Clinique chirurgicale* du professeur Trélat (1891).

32° Spina bifida sacré, opéré quatre heures après la naissance. Guérison (*Société de chirurgie*, 14 octobre 1891).

33° Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde (*Société anatomique*, 1891, p. 561).

34° Fractures du maxillaire supérieur à quatre fragments. Recherches expérimentales sur le mécanisme de ces fractures (*Société anatomique*, 1891, p. 567).

35° Article Bassin (*Traité de chirurgie*, t. VII, 1892).

36° Observations d'ostéomyélite à staphylocoques à marche lente (Thèse de M. Even. Paris, 1892).

37° Sur une forme lente et insidieuse d'infection par le staphylocoque ; ostéomyélite et abcès multiples du tissu cellulaire évoluant sans provoquer aucune réaction (*Société anatomique*, 11 mars 1892).

38° Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires (*Société anatomique*, 11 mars 1892).

39° Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen par coup de couteau (*Société de chirurgie*, 16 mars 1892).

40° Hernie de la vessie (Observation, thèse de M. Bourbon. Paris, 1892).

41° Plaie du cerveau et déchirure du sinus caverneux par pénétration d'un bout de parapluie à travers la paroi de l'orbite (Observation, thèse de M. Fauchon Villeplée. Paris, 1892).

42° Morcellement et énucléation des corps fibreux interstitiels (3 observations, thèse de M. Blaire. Paris, 1892).

43° Des manifestations tardives de l'infection par les staphylocoques. Abcès froids et fongosités (*Société anatomique*, 1892, p. 692).

44° Hystérectomie vaginale pour cancer (Observation, thèse de M. Marty. Paris, 1892).

45° Arthrotomie dans l'arthrite blennorragique (Observations, thèse de M. Christen. Paris, 1893).

46° Antéflexion du rein. Néphropexie (*Société de chirurgie*, 15 février 1893).

47° Spina bifida. Guérison constatée dix-huit mois après l'opération (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 193).

48° Épithélioma colloïde du sein (*Société de chirurgie*, 30 janvier 1894).

49° Appendicites dans les hernies (Observations, thèse de M. Sauvage. Paris, 1894).

50° Luxation du coude en arrière. Irréductibilité primitive. Arthrotomie. Guérison (*Société de chirurgie*, 15 mai 1894).

51° Résultats éloignés du traitement du prolapsus utérin par l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie (Observations, thèse de M. Guilliou. Paris, 1894).

52° Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale (*Mercredi médical*, 9 janvier 1895).

53° Six observations d'abcès du foie (*Société de chirurgie*, 16 janvier 1895).

54° Du carcinome colloïde de la mamelle (*Presse médicale*, 2 février 1895).

55° Hernies de la vessie. Mécanisme de la production de la hernie par bascule sans adhérences au contenu du sac (*Société anatomique*, 5 avril 1895).

56° Kyste dermoïde de l'Inion (*Presse médicale*, 6 avril 1895).

57° Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. Arthrotomie. Suture des condyles. Guérison (*Société de chirurgie*, 17 avril 1895).

58° De la thoracotomie sous-axillaire pour aborder les pleurésies interlobaires et les cavités profondes du lobe supérieur du poumon (*Société anatomique*, 12 avril 1894).

59° Pneumotomie pour dilatation bronchique. Des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires (*IXe Congrès de chirurgie*, 1895. Séance du 22 octobre).

60° Sur quelques phénomènes observés à la suite de l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques (*IXe Congrès de chirurgie*, 1895. Séance du 23 octobre).

61° Décollement traumatique ancien et décollement traumatique récent de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Résection du fragment diaphysaire. Guérison (*Société de chirurgie*, 30 octobre 1895, p. 653).

62° Péritonite tuberculeuse. Discussion (*Société de chirurgie*, 1er juillet 1896, p. 563).

63° Discussion sur l'extirpation totale des kystes à grains riziformes du poignet (*Société de chirurgie*, 29 juillet 1896, p. 625).

64° Rapport sur le traitement des kystes congénitaux du cou à propos d'un kyste séreux congénital occupant le cou et le médiastin antérieur, par M. Verchère (*Société de chirurgie*, 1896, p. 711 et 716).

65° Discussion sur la pathogénie de l'appendicite (*Société de chirurgie*, 1896, p. 750).

66° Arthrite tuberculeuse du genou et méthode sclérogène (*Semaine médicale*, 1897, p. 101).

67° Discussion sur la gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux (*Société de chirurgie*, 1897, p. 69).

68° Discussion sur la péritonite à pneumocoques (*Société de chirurgie*, 1897, p. 381).

69° Arrachement du tendon du triceps, à son insertion sur la rotule, traité par la suture métallique (*Société de chirurgie*, 1897, p. 402).

70° Résection de la tête du fémur et réintégration du col dans le cotyle pour luxation ovalaire ancienne (*Société de chirurgie*, 1897, p. 569).

71° Tumeur volumineuse du lobe gauche du corps thyroïde ayant provoqué chez une malade nerveuse des accidents basedowiens. Thyroïdectomie partielle. Guérison (*Société de chirurgie*, 1897, p. 660).

72° Rapport sur une observation de kyste multi-loculaire du cou, par M. Buffet (*Société de chirurgie*, 1897, p. 800 et 805).

73° Grossesse tubaire rétro-cæcale avec hématocèle lombo-iliaque (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, p. 967).

74° Rapports sur une série d'observations de M. Latouche. Discussion sur des cas d'intoxication par le pansement picrique (*Société de chirurgie*, 1898, p. 45 et 54).

75° Sur les abcès du foie (*Société de chirurgie*, 1898, p. 81).

76° Rapport sur un travail de M. Loison : « Les abcès du foie » (*Société de chirurgie*, 1898, p. 272 et 275).

77° Discussion sur les psychoses post-opératoires (*Société de chirurgie*, 1898, p. 304).

78° Rapport sur deux observations d'ostéomyélite par M. Paulidès (*Société de chirurgie*, 1898, p. 983).

79° Discussion sur la péritonite tuberculeuse aiguë (*Société de chirurgie*, 1898, p. 1082).

80° Discussion sur les ulcères perforants de l'estomac (*XIIe Congrès de chirurgie*, 1898, p. 324).

81° Sur une forme d'appendicite chronique ; appendicite avec adhérences épiploïques (*XIIe Congrès de chirurgie*, 1898, p. 339).

82° Sur la cure radicale des éventrations épigastriques (*XIIe Congrès de chirurgie*, 1898, p. 620).

83° Sur le traitement de l'appendicite (*Société de chirurgie*, 1899, p. 104 et 253).

84° Torsion de l'S iliaque (*Société de chirurgie*, 1899, p. 280).

85° Résection ancienne de la diaphyse tibiale pour ostéomyélite. Défaut de reproduction de l'os. Fracture du péroné. Déformité consécutive. Redressement par résection du périné. Guérison (*Société de chirurgie*, 1899, p. 291, et *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 224).

86° Appendicite kystique de volume anormal (*Société de chirurgie*, 1899, p. 297).

87° Discussion sur la rupture du triceps crural (*Société de chirurgie*, 1899, p. 407).

88° Tumeur solide de la loge du rein droit (*Société de chirurgie*, 1899, p. 638).

89° Tumeur ostéo-cartilagineuse de la colonne vertébrale. Ablation. Guérison (*Société de chirurgie*, 1899, p. 776).

90° Appendicite chronique (*Société de chirurgie*, 1900, p. 157 et 159).

91° Discussion sur l'appendicite chronique, épiploïte (*Société de chirurgie*, 1900, p. 180).

92° Kyste de la mamelle (*Société de chirurgie*, 1900, p. 213).

93° Pylorectomie (*Société de chirurgie*, 1900, p. 213).

94° Discussion sur la pneumotomie pour cavités pulmonaires (*Société de chirurgie*, 1900, p. 243 et 247).

95° Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes (*Société de chirurgie*, 1900, p. 254).

96°

97° Discussion sur les sarcomes des membres (*Société de chirurgie*, 1900, p. 402 et 406).

98° Torsion de l'épiploon dans une hernie (*Société de chirurgie*, 1900, p. 531).

99° Discussion sur le cathétérisme de l'uretère (*Société de chirurgie*, 1900, p. 721).

100° Discussion sur les appendicites kystiques (*Société de chirurgie*, 1900, p. 727).

101° Appendicite et étranglement intestinal (*Société de chirurgie*, 1900, p. 731).

102° Tumeur de la face antérieure du sacrum enlevée par laparotomie (*Société de chirurgie*, 1900, p. 766).

103° Discussion sur la maladie kystique du sein (*Société de chirurgie*, 1900, p. 778).

104° Diverticules de l'appendice et kystes para-appendiculaires (*Société de chirurgie*, 1900, p. 822).

105° Discussion sur l'épiploïte (*Société de chirurgie*, 1900, p. 824).

106° Fistule vésico-vaginale. Discussion (*Société de chirurgie*, 1900, p. 910).

107° Sur l'asepsie des mains. Recherches expérimentales (*Société de chirurgie*, 1900, p. 949).

108° Rapport sur un nouveau procédé rapide d'hémostase du foie par M. Chapot-Prévost (*Société de chirurgie*, 1900, p. 1097).

109° Rapport sur une plaie pénétrante du crâne, par M. Morestin. Discussion sur la trépanation (*Société de chirurgie*, 1900, p. 995).

110° Discussion sur les kystes hydatiques du creux sus-claviculaire (*Société de chirurgie*, 1900, p. 1651).

111° Étude radiographique d'un genu valgum double (*Société de chirurgie*, 1900, p. 1066).

112° Discussion sur les perforations intestinales d'origine typhique (*Société de chirurgie*, 1900, p. 1162 et 1164).

113° Discussion sur la résection de l'épaule pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus (*Société de chirurgie*, 1901, p. 12).

114° Discussion sur les plaies du diaphragme (*Société de chirurgie*, 1901, p. 30 et 38).

115° Plaie de l'abdomen par arme à feu (*Société de chirurgie* 1901, p. 252).

116° Plaie de l'abdomen par instrument tranchant (*Société de chirurgie*, 1901, p. 253).

117° Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une femme ayant eu six grossesses (*Société de chirurgie*, 1901, p. 313).

118° Discussion sur le traitement du spina bifida (*Société de chirurgie*, 1901, p. 333).

119° Discussion sur le traitement des fractures de la rotule (*Société de chirurgie*, 1901, p. 349).

120° Discussion sur les plaies des nerfs. Élongation traumatique du radial et du médian (*Société de chirurgie*, 1901, p. 471).

121° Discussion sur la rachi-cocaïnisation (*Société de chirurgie*, 1901, p. 607, 683, 782 et 790).

122° Discussion sur anomalies de la voûte palatine (*Société de chirurgie*, 1901, p. 662).

123° Discussion sur un diastasis de la colonne cervicale (*Société de chirurgie*, 1901, p. 679).

124° Rupture traumatique de l'urètre (*Société de chirurgie*, 1901, p. 765).

125° Discussion sur un ostéosarcome de l'humérus (*Société de chirurgie*, 1901, p. 793).

126° Discussion sur les tumeurs fibreuses du cou (*Société de chirurgie*, 1901, p. 813).

127° Orchidopexie et cure radicale (*Société de chirurgie*, 1901, p. 852).

128° Discussion sur les rétrécissements du rectum (*Société de chirurgie*, 1901, p. 890).

129° Rapport sur une observation de luxation de l'astragale par M. Brossard (*Société de chirurgie*, 1901, p. 978).

130° Plaie de la moelle par arme à feu (*Société de chirurgie*, 1901, p. 1084 et 1176).

131° Fibromes multiples de l'utérus avec épithélioma cavitaire (*Société de chirurgie*, 1902, p. 55).

132° Radioscopie d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage après ingestion d'un cachet de bismuth (*Société de chirurgie*, 1902, p. 95).

133° Discussion sur l'anesthésie chloroformique. Rapport par M. Mougeot (*Société de chirurgie*, 1902, p. 319).

134° Hypospadias périnéo-scrotal opéré par le procédé de M. Nové-Josserand (*Société de chirurgie*, 1902, p. 347).

135° Discussion sur les appendicites herniaires (*Société de chirurgie*, 1902, p. 372).

136° Discussion sur le traitement du cancer de la langue (*Société de chirurgie*, 1902, p. 495).

137° Arthrite chronique à staphylocoques (*Société de chirurgie*, 1902, p. 501).

138° Kyste sanguin paranéphrétique (*Société de chirurgie*, 1902, p. 525).

139° Discussion sur l'appendicite gangreneuse (*Société de chirurgie*, 1902, p. 560).

140° Ostéo-arthrite syphilitique du poignet (*Société de chirurgie*, 1902, p. 579).

141° Discussion sur l'appendicite coexistant avec l'annexite (*Société de chirurgie*, 1902, p. 677).

142° Résultat du traitement d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius (*Société de chirurgie*, 1902, p. 678).

143° Discussion sur l'occlusion intestinale. Brides péricoliques et rôle de l'angle colique (*Société de chirurgie*, 1902, p. 739).

144° Rapport sur une observation de fracture verticale du bassin, par M. Souligoux (*Société de chirurgie*, 1902, p. 745).

145° Gastro-entérostomie (*Société de chirurgie*, 1902, p. 845).

146° Rapport sur une observation d'œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage, par M. Guillet (*Société de chirurgie*, 1902, p. 871).

147° Rapport sur une observation de compression de l'artère et de la veine sous-clavières gauches d'origine intra-thoracique, par M. Fasquelle (*Société de chirurgie*, 1902, p. 873).

148° Absence congénitale du péroné (*Société de chirurgie*, 1902, p. 934).

149° Anomalie génitale : pseudo-hermaphrodisme (*Société de chirurgie*, 1902, p. 938 et 972).

150° Discussion sur les diverticules de l'appendice (*Société de chirurgie*, 1902, p. 1073).

151° Discussion sur le traitement de l'appendicite (*Société de chirurgie*, 1902, p. 1084).

152° Ulcération du sein (*Société de chirurgie*, 1902, p. 1096).

153° Inflammation d'un diverticule de l'intestin grêle simulant une appendicite (*Société de chirurgie*, 1903, p. 60).

154° Sur la technique de l'anus contre nature (*Société de chirurgie*, 1903, p. 219).

155° Fistule intestino-vésicale (*Société de chirurgie*, 1903, p. 314 et 323).

156° Ectopie testiculaire abdominale. Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1903, p. 324).

157° Ectopie testiculaire inguinale. Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1903, p. 359).

158° Discussion sur l'embolie dans l'appendicite (*Société de chirurgie*, 1903, p. 528).

159° Discussion sur la gangrène pulmonaire (*Société de chirurgie*, 1903, p. 531).

160° Discussion sur les opérations esthétiques du sein, de la parotide, etc. (*Société de chirurgie*, 1903, p. 572 et 573).

161° Rupture spontanée de l'artère fémorale (*Société de chirurgie*, 1903, p. 729).

162° Tumeur de l'ombilic et diverticule de Meckel (*Société de chirurgie*, 1903, p. 773. Examen histologique, p. 972).

163° Discussion sur les kystes appendiculaires (*Société de chirurgie*, 1903, p. 804 et 810).

164° Kyste hydatique du poumon (*Société de chirurgie*, 1903, p. 857)

165° Rate hypertrophiée, adhérente à l'utérus, simulant un fibrome (*Société de chirurgie*, 1903, p. 861 et 869).

166° Calcul du bassinet. Radiographie (*Société de chirurgie*, 1903, p. 862).

167° Tétanos traumatique traité par des injections lombaires intra-arachnoïdiennes de sérum antitétanique. Guérison (*Société de chirurgie*, 1903, p. 883).

168° Résection d'un lobe surnuméraire du foie (*Société de chirurgie*, 1903, p. 888).

169° Discussion sur la mobilité du péricarde (*Société de chirurgie*, 1903, p. 981).

170° Discussion sur le traitement des fibromes (*Société de chirurgie*, 1903. p. 1046 et 1107).

171° Rapport sur une observation d'appendicite herniaire chez un enfant de treize mois par M. Baillet (*Société de chirurgie*, 1903, p. 1166).

172° Rapport sur une observation de corps étranger de la bronche droite par M. Djémil-Pacha (*Société de chirurgie*, 1903, p. 1169).

173° Fistule broncho-cutanée. Excision du trajet fistuleux. Suture du poumon. Guérison (*Société de chirurgie*, 1904, p. 26).

174° Variété exceptionnelle de pied bot équin (*Société de chirurgie*, 1904, p. 28).

175° Discussion sur les traumatismes du poignet (*Société de chirurgie*, 1904, p. 94).

176° Discussion sur le frottement sous-scapulaire (*Société de chirurgie*, 1906, p. 169).

177° Sur la jéjunostomie (*Société de chirurgie*, 1904, p. 218).

178° Discussion sur l'appendicalgie (*Société de chirurgie*, 1904, p. 242).

179° Discussion sur le tétanos (*Société de chirurgie*, 1904, p. 249).

180° Orchidopexies (*Société de chirurgie*, 1904, p. 318).

181° Discussion sur le cancer de la langue (*Société de chirurgie*, 1904, p. 331).

182° Discussion sur la pathogénie du décubitus acutus post-opératoire (*Société de chirurgie*, 1904, p. 361).

183° Résection d'un lobe supplémentaire du foie. Résultat éloigné (*Société de chirurgie*, 1904, p. 363).

184° Discussion sur l'hypospadias (*Société de chirurgie*, 1904, p. 390).

185° Discussion sur un point particulier du manuel opératoire de l'appendicectomie (*Société de chirurgie*, 1904, p. 569 et 571).

186° Sarcome inopérable du maxillaire supérieur traité par la radiothérapie (*Société de chirurgie*, 1904, p. 874 et 878).

187° Discussion sur les corps étrangers de l'œsophage (*Société de chirurgie*, 1904, p. 1074 et 1077).

188° Discussion sur les décollements épiphysaires (*XVIIe Congrès de chirurgie*, 1904, p. 637).

189° Discussion sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale (*XVII*e *Congrès de chirurgie*, 1904, p. 703).

190° Résection de la tête fémorale et réintégration du col dans le cotyle pour luxation ovalaire ancienne. Résultat fonctionnel après dix ans et demi (*Société de chirurgie*, 1905, p. 191).

191° Pseudarthrose du col du fémur (*Société de chirurgie*, 1905, p. 196).

192° Prolapsus du rectum. Résection. Guérison constatée après huit ans et demi (*Société de chirurgie*, 1905, p. 213).

193° Méningo-myélite consécutive à une rachicocaïnisation (*Société de chirurgie*, 1905, p. 214).

194° Arrêt de développement du radius consécutif à un décollement épiphysaire (*Société de chirurgie*, 1905, p. 273).

195° Épiploïte (*Société de chirurgie*, 1905, p. 274).

196° Appendicite et trichocéphales (*Société de chirurgie*, 1905, p. 355).

197° Épiploïte (*Société de chirurgie*, 1905, p. 354).

198° Sarcome récidivé du maxillaire supérieur traité par la radiothérapie (*Société de chirurgie*, 1903, p. 386).

199° Adhérences anciennes de l'épiploon avec coudure du

côlon ascendant. Poussée récente d'épiploïte (*Société de chirurgie*, 1905, p. 396).

200° Épiploïte et appendicite (*Société de chirurgie*, 1905, p. 510).

201° Sur les lipomes périostiques congénitaux (*Société de chirurgie*, 1905, p. 551 et 636).

202° Fracture d'un appendice xiphoïde perforé. Hernie épigastrique par l'orifice de l'appendice (*Société de chirurgie*, 1905, p. 566).

203° De l'anesthésie par le chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine (*Société de chirurgie*, 1905, p. 614).

204° Discussion sur la tuberculose iléo-cæcale (*Société de chirurgie*, 1905, p. 661).

205° Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou (*Société de chirurgie*, 1905, p. 685 et 688).

206° Tumeur liquide du cordon spermatique (*Société de chirurgie*, 1905, p. 780).

207° Discussion sur la scopolamine (*Société de chirurgie*, 1905, p. 787).

208° Tumeur blanche du genou droit traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc (*Société de chirurgie*, 1905, p. 810).

209° Discussion sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire (*Société de chirurgie*, 1905, p. 987).

210° Décollement de l'épiphyse inférieure du radius. État du radius vingt ans après (*Revue d'orthopédie*, 1905, p. 385).

211° Cas de plaie du pancréas (*XVIIIe Congrès de chirurgie*, 1905).

212° Discussion sur les rétroversions (*XVIIIe Congrès de chirurgie*, 1905, p. 313).

213° Discussion sur la cure radicale de la hernie ombilicale (*XVIIIe Congrès de chirurgie*, 1905, p. 366).

214° Discussion sur les occlusions intestinales, après l'emploi de la position de Trendelenburg (*XVIIIe Congrès de chirurgie*, 1905, p. 836).

215° Discussion sur le traitement des kystes hydatiques (*Société de chirurgie*, 1906, p. 49).

216° Tumeur de l'ovaire chez un pseudo-hermaphrodite (*Société de chirurgie*, 1906, p. 57).

217° Épiploïte avec dilatations vasculaires ampullaires (*Société de chirurgie*, 1906, p. 58).

218° Modifications produites par la radiothérapie dans deux cancers du sein (*Société de chirurgie*, 1906, p. 222).

219° Rapport sur «l'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine » par M. Psaltoff (*Société de chirurgie*, 1906, p. 231).

220° Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1906, p. 461).

221° Énorme kyste hématique du cou (*Société de chirurgie*, 1906, p. 470).

222° Anévrysme d'origine traumatique d'une cubitale anormale (*Société de chirurgie*, 1906, p. 494).

223° Tumeur kystique du cou (*Société de chirurgie*, 1906, p. 561 et 583).

224° Résultats éloignés du traitement de deux tumeurs blanches du genou par la méthode sclérogène (*Société de chirurgie*, 1906, p. 616).

225° Discussion sur le traitement des tumeurs blanches du genou (*Société de chirurgie*, 1906, p. 662).

226° Ulcérations de la langue (*Société de chirurgie*, 1906, p. 700).

227° Ostéo-arthrites tuberculeuses traitées par la méthode sclérogène (*Société de chirurgie*, 1906, p. 787).

228° Discussion sur les phlébites du membre inférieur gauche dans l'appendicite (*Société de chirurgie*, 1906, p. 815).

229° Sarcome récidivé du nerf sciatique (*Société de chirurgie*, 1906, p. 852).

230° Discussion sur les éventrations primitives. Procédé de suture de la paroi abdominale (*Société de chirurgie*, 1906, p. 864).

231° Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1906, p. 1033).

232° Sur les fractures bi-malléolaires (*Société de chirurgie*, 1906, p. 1042).

233° Fibro-adénome du sein avec épithélioma et nodule tuberculeux (*Société de chirurgie*, 1906, p. 1076).

234° Procédé d'orchidopexie (*XIXe Congrès de chirurgie*, 1906, p. 759).

235° Discussion sur la scopolamine (*XIXe Congrès de chirurgie*, 1906, p. 861).

236° Des épiploïtes chroniques (*XIXe Congrès de chirurgie*, 1906, p. 169).

237° Rapport sur une observation de luxation du métatarse en dehors par M. Soubbotitch (*Société de chirurgie*, 1907, p. 322).

238° Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1907, p. 329).

239° Discussion sur l'appendicite traumatique (*Société de chirurgie*, 1907, p. 351).

240° Rapport sur une observation de M. Duval : Coup de feu pénétrant de la poitrine et de l'abdomen. Blessure de la plèvre, de l'intestin et du rein gauche, etc. (*Société de chirurgie*, 1907, p. 352).

241° Discussion sur les résections partielles du maxillaire inférieur (*Société de chirurgie*, 1907, p. 360).

242° Discussion sur le tétanos (*Société de chirurgie*, 1907, p. 427).

243° Rapport sur un sarcome du médiastin par M. Étourneau (*Société de chirurgie*, 1907, p. 479).

244° Discussion sur le traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Société de chirurgie*, 1907, p. 526).

245° Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1907, p. 557).

246° Rapport sur une observation de plaie du cœur par M. Riche (*Société de chirurgie*, 1907, p. 671).

247° Rapport sur trois observations de corps étrangers des bronches extraits avec la bronchoscopie, par M. Guisez (*Société de chirurgie*, 1907, p. 674).

248° Épithélioma de la langue opéré il y a sept ans par la voie sus-hyoïdienne, actuellement sans trace de récidive (*Société de chirurgie*, 1907, p. 826).

249° Discussion sur les parotidites (*Société de chirurgie*, 1907, p. 1033).

250° Ostéo-arthrite du tarse antérieur. Résultats du traitement par la méthode sclérogène (*Société de chirurgie*, 1907, p. 1188).

251° Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou avec lésions osseuses très avancées, subluxation du tibia en arrière, traitée par la méthode sclérogène. Résultats quinze ans après le traitement (*Société de chirurgie*, 1907, p. 1254)

252° Discussion sur les fractures du radius causées par la manivelle de mise en marche des automobiles (*Société de chirurgie*, 1908, p. 94).

253° Discussion sur les abcès du poumon (*Société de chirurgie*, 1908, p. 166).

254° Sur la suture du foie (*Société de chirurgie*, 1908, p. 193, 196).

255° Kyste hydatique du foie (*Société de chirurgie*, 1908, p. 205).

256° Kyste hydatique du foie (*Société de chirurgie*, 1908, p. 240).

257° Hémarthrose du genou (*Société de chirurgie*, 1908, p. 241).

258° Tumeur de la partie inférieure de la région carotidienne, d'origine thyroïdienne (*Société de chirurgie*, 1908, p. 244).

259° Orchidopexie (*Société de chirurgie*, 1908, p. 285).

260° Fracture du col de l'humérus avec luxation de la tête humérale (*Société de chirurgie*, 1908, p. 437).

261° Discussion sur la rachi-anesthésie (*Société de chirurgie*, 1908, p. 650).

262° Rupture du fascia transversalis par contraction musculaire (*Société de chirurgie*, 1908, p. 658).

263° Fibrome calcifié complètement détaché de l'utérus et greffé sur le mésentère (*Société de chirurgie*, 1908, p. 698).

264° Discussion sur les contusions du pancréas.

265° De l'hystéropexie et des réparations vaginales dans le traitement des rétrodéviations (*XXI*e *Congrès de chirurgie*, 1908).

266° Discussion sur le traitement opératoire de l'empyème chronique (*XXI*e *Congrès de chirurgie*, 1908).

267° Discussion sur l'anesthésie locale (*XXI*e *Congrès de chirurgie*, 1908).

268° Discussion sur les embolies pulmonaires (*Société de chirurgie*, 1908, p. 1050).

269° Fracture spontanée bi-malléolaire (*Société de chirurgie*, 1908, p. 1093).

270° Tumeur de la région carotidienne. Épithélioma d'origine thyroïdienne (*Société de chirurgie*, 1908, p. 1233).

271° 1230 anesthésies par le chloroforme après injection de scopolamine (*Congrès de Bruxelles*, 1908).

III

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

I. — Anatomie normale et anomalies.

Recherches anatomiques sur les veines du rachis.

(*Thèse de doctorat*, 1885.)

J'ai cherché, dans ce travail, à montrer les points suivants :

Les veines intra-rachidiennes antérieures forment deux plexus d'une disposition régulière dans lesquels une circulation relativement facile est assurée par de nombreuses anastomoses courtes et directes, aboutissant aux veines extra-rachidiennes. Les veines intra-rachidiennes postérieures sont constituées en partie par des veines longitudinales, en partie par des plexus composés de veines enroulées, flexueuses, formant de longs diverticules dans lesquels la circulation se trouve nécessairement ralentie.

La richesse des plexus veineux intra-rachidiens varie suivant les régions ; elle semble être au cou en rapport avec l'étendue des mouvements du segment correspondant de la colonne vertébrale.

Au niveau des premières vertèbres cervicales, les plexus antérieurs se confondent avec les plexus postérieurs, et leur distension peut diminuer d'un quart ou d'un tiers la capacité du canal rachidien. Ils ont là une influence considérable sur la circulation générale du crâne et du cou. De plus ils forment un coussin élastique qui protège l'extrémité supérieure de la moelle dans les mouvements de la tête.

Les anastomoses avec les veines extra-rachidiennes forment autour des racines nerveuses et de leurs ganglions un très riche plexus de deux réseaux superposés qui matelassent les parois des trous de conjugaison et protègent les nerfs qui les traversent.

Il existe toujours au niveau des deux premières vertèbres cervicales deux énormes groupes de veines, situés l'un à droite, l'autre à gauche, dans l'angle externe du canal rachidien; j'ai proposé le nom de *confluents occipito-vertébraux* pour ces volumineux amas de veines qui sont l'origine commune des plexus intra-rachidiens antérieurs et postérieurs, des veines jugulaires postérieures et des veines vertébrales externes et internes.

Le confluent occipito-vertébral est immédiatement appliqué sur la concavité de l'arc de l'atlas qu'il déborde largement en haut et en bas. Il se sépare en deux groupes de grosses veines qui sortent du canal rachidien, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'atlas ; le groupe supérieur, plus volumineux, donne naissance aux jugulaires postérieures et aux vertébrales internes ; le groupe inférieur forme d'autres branches d'origine de la jugulaire postérieure et la vertébrale externe.

Quelques branches des plexus longitudinaux antérieurs ne se terminent pas dans le confluent occipito-vertébral. Les unes se jettent dans le plexus basilaire et, par là, dans le sinus occipital ; les autres passent par le trou condylien antérieur pour se terminer dans le plexus décrit par Charles Labbé sous le nom de sinus condylien, sinus condylien qui communique toujours très largement avec le confluent condylien de Trolard.

Le trajet, les rapports de la veine jugulaire postérieure et des veines vertébrales (veines trachéliennes de Breschet) sont partout bien décrits. Il n'en est pas de même de leurs origines, de leur mode de formation.

La jugulaire postérieure est ordinairement formée par la réunion des veines suivantes : 1° veine mastoïdienne ; 2° veine condylienne postérieure ; 3° une ou deux veines occipitales profondes ; 4° les branches plexiformes circulaires du trou occipital ; 5° les grosses branches d'origine qui partent du confluent occipito-vertébral ; 6° des branches qui unissent l'origine de la jugulaire postérieure aux veines vertébrales.

La veine mastoïdienne, ordinairement assez grêle, unit directement la jugulaire postérieure au sinus latéral ; mais sa terminaison dans la jugulaire postérieure n'est pas constante. J'ai toujours trouvé, au contraire, la veine condylienne postérieure qui établit aussi une anastomose directe entre le sinus latéral et la jugulaire postérieure ; souvent cette veine condylienne est très volumineuse : dans un cas elle était plus grosse que la jugulaire interne du même côté.

Enfin la jugulaire postérieure envoie le plus souvent une anastomose directe à la jugulaire interne ; cette anastomose est parfois indirecte et se fait par l'intermédiaire du confluent lui-même ou de l'origine des veines vertébrales.

Au système de la veine jugulaire postérieure appartiennent toutes les veines de la nuque formant quatre plexus superposés, bien décrits par Foucher. Ces plexus sont reliés par de nombreuses anastomoses perpendiculaires, les unes intermusculaires, les autres intra-musculaires, disposition analogue à celle que mon maître, le professeur Le Dentu, a le premier décrite au membre inférieur.

Les veines vertébrales internes naissent du confluent occipito-vertébral au-dessus de l'atlas ; les vertébrales externes sont formées par deux veines parties du confluent au-dessous de l'atlas et par une branche venue des vertébrales internes. Les veines vertébrales internes reçoivent soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire des vertébrales externes :

1° toutes les veines de la face antérieure de la colonne cervicale, qui forment au-devant de l'axis et de la troisième cervicale un véritable réseau congloméré, analogue à celui qui recouvre en arrière les apophyses des mêmes vertèbres et sur lequel M. le professeur Verneuil a attiré l'attention ; 2° toutes les veines postérieures appliquées sur le plan osseux et recouvertes par le transversaire épineux ; 3° les anastomoses directes de la jugulaire postérieure ; 4° les anastomoses des veines intra-rachidiennes, par les plexus des trous de conjugaison.

Ces quatre ordres de branches se retrouvent au niveau de chaque espace intertransversaire, de sorte que nulle part la série des arcades anastomotiques n'est interrompue. La veine vertébrale externe représente un grand canal de dérivation qui part des plexus intra-rachidiens et de la vertébrale interne en haut, pour aboutir en bas à la jugulaire postérieure.

Le système des veines cervicales postérieures est presque aussi considérable que celui des veines antérieures, jugulaire interne, jugulaire externe, etc. Les deux systèmes se suppléent du reste réciproquement, et on trouve constamment une sorte d'équilibre entre le volume des veines postérieures et celui des antérieures. De larges anastomoses unissent ces deux systèmes à leur origine et ils forment l'un pour l'autre de véritables canaux de dérivation qui assurent la circulation en retour de la tête et du cou.

Note sur une anomalie exceptionnelle de l'artère humérale.

(*Société anatomique*, 1886, p. 204.)

L'artère humérale, normale jusqu'au pli du coude, au lieu de se bifurquer en ce point, descendait un peu obliquement en

dehors, s'engageait sous le rond pronateur et se divisait à 3 centimètres et demi au-dessous de l'interligne par trifurcation en radiale, cubitale et interosseuse.

Je n'ai pu trouver qu'un seul autre cas de cette anomalie, cas observé par MM. Morel et Duval.

A côté des types classiques d'anomalies de l'humérale, tous caractérisés par une bifurcation prématurée de l'artère, il convient d'admettre, par conséquent, une anomalie d'un ordre tout opposé, *par division tardive*. Cette division tardive de l'humérale entraîne, comme conséquence naturelle, une inversion des rapports de l'artère radiale, qui se trouve cachée sous le rond pronateur, fait important à connaître au point de vue chirurgical.

Brachydactylie.

(*Société anatomique*, 1886, p. 664.)

Cette pièce représente une des variétés les plus rares de la brachydactylie : ankylose des segments du squelette des doigts. Mercier en a rapporté un cas en 1838. M. Derode en signalait, en 1888, trois autres. Mais il ne s'agit, dans toutes ces descriptions, quo d'observations cliniques.

Voici le résumé des lésions constatées par l'examen anatomique, et qui ne portaient que sur la main gauche : pouce normal, suivant la règle en pareil cas ; index, annulaire, auriculaire formés par deux pièces osseuses, la supérieure étant nettement la première phalange, l'inférieure formée par la soudure de la phalangine et de la phalangette, comme l'ont prouvé des coupes verticales et transversales ; médius constitué par une seule pièce résultant de la soudure des trois phalanges.

Anomalie du gros intestin. — Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque.

(*Société anatomique*, 1888, p. 256.)

Sur le même sujet : 1° longueur exceptionnelle du cæcum qui descend, complètement entouré de péritoine, jusque dans la cavité du petit bassin entre la vessie et le rectum ; 2° développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque ; 70 centimètres de la portion fixe de l'S iliaque à l'origine du rectum. Ce fait, qui n'est que l'exagération de la disposition normale du côlon pelvien, a été depuis plusieurs fois observé et joue un rôle important dans la pathologie du gros intestin.

Rapports et branches des artères intercostales.

(*Société anatomique*, 1888, p. 351.)

Série de pièces destinées à montrer les rapports de l'artère intercostale au lieu d'élection de la peurotomie, à la partie postérieure du huitième espace. Elle occupe le milieu de l'espace et ne saurait être blessée par une incision longeant le bord supérieur de la neuvième côte. Elle n'émet que des rameaux descendants très grêles.

II. — Anatomie pathologique et recherches expérimentales.

Fractures du maxillaire supérieur à quatre fragments. — Recherches expérimentales sur le mécanisme de ces fractures.

(*Société anatomique*, 1891, p. 590.)

J'ai observé, en 1890, à l'hospice d'Ivry, un exemple de cette très rare variété de fracture, caractérisée par les lésions suivantes :

1° Tout le massif maxillaire supérieur, y compris les apophyses ptérygoïdes, détaché par une fracture horizontale ; 2° les deux moitiés de ce massif séparées par une large fissure médiane verticale ; 3° chacun des fragments ainsi constitué, divisé lui-même en deux fragments secondaires par une fracture verticale et transversale.

L'intérêt de cette observation, à part son extrême rareté, est dans l'étude du mécanisme complexe qui résume tous les modes de production des fractures ordinaires des maxillaires supérieurs. Dans des expériences répétées sur plusieurs sujets, j'ai pu reproduire ce type de fracture multiple dans les conditions suivantes : choc violent et répété, dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière et appliqué sur la racine du nez, le menton étant solidement appuyé sur un billot soutenu par un aide. Au premier coup de maillet, on constate que la voûte palatine a été longitudinalement divisée et que les deux maxillaires ont été brisés par un trait qui détache sur chacun d'eux un fragment antérieur plus ou moins large. Un second coup de maillet achève de détacher les fragments

postérieurs de leurs connexions supérieures. Ainsi est représentée la fracture à quatre fragments mobiles.

Le blessé que j'ai observé avait, en déchargeant une voiture, reçu sur la racine du nez le bord tranchant du fond d'un tonneau d'acide sulfurique. Le mécanisme semble donc identique à celui qui est mis en lumière par l'expérimentation. Le point d'appui au menton a été fourni par le sternum lorsque la face a été violemment projetée en bas par le choc ; ainsi les dents de la mâchoire inférieure ont pu s'enfoncer entre les dents supérieures pour faire éclater en deux moitiés le massif maxillaire, pendant que le choc antéro-postérieur produisait la fracture horizontale et les fractures transversales.

Sur quelques variétés de fractures du bassin.

(*Société anatomique*, 1891, p. 537.)

1° Sur une série de pièces de fractures anciennes, consolidées, de l'aile iliaque, montrant les diverses variétés de ces fractures, j'ai constaté que le trait de fracture part, presque toujours, de l'échancrure qui sépare les deux épines iliaques antérieures et aboutit plus ou moins loin sur la crête iliaque ; de là plusieurs degrés : *a*, simple détachement de l'épine iliaque supérieure et de la portion voisine de la crête ; *b*, fracture comprenant toute la partie antérieure de l'aile iliaque jusqu'au tubercule moyen de la crête ; *c*, fracture horizontale aboutissant directement à l'épine iliaque postérieure et supérieure ; dans ce dernier cas, le fragment est toujours divisé en deux parties par un trait vertical ou peu oblique.

Malgaigne range toutes ces variétés dans les fractures de la crête iliaque. Du Verney avait très justement décrit la

dernière variété sous le nom de « fracture en travers de l'os des îles ». C'est bien là, en effet, une fracture transversale de l'aile iliaque.

Dans tous ces cas, le fragment chevauchait parfois en dedans, le plus souvent en dehors ; mais toujours il avait subi un mouvement de bascule en avant et en bas ; il en résultait un abaissement plus ou moins prononcé de l'épine iliaque antérieure et supérieure, fait important à connaître en clinique et qui paraît être très fréquent, car Hamilton dit aussi l'avoir presque toujours rencontré.

A côté de ces fractures il faut ranger les cas dans lesquels la crête iliaque à sa partie moyenne est simplement écornée par une violence dont le point d'application est très limité ;

2° Pièce de fracture double consolidée d'un type exceptionnel ; je n'ai pu en trouver un seul autre exemple : fracture antérieure divisant la branche ischio-pubienne parallèlement à son axe ; fracture postérieure allant presque horizontalement de l'épine iliaque antérieure et inférieure à la grande échancrure sciatique. La lésion résultait d'une chute sur le siège, comme me l'ont prouvé la disposition du fragment moyen et la coexistence d'une fracture transversale de l'extrémité du sacrum.

Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde.

(*Société anatomique*, 1891, p. 561.)

A côté des trois types classiques de fractures de la cavité cotyloïde (1° fracture du sourcil cotyloïdien ; 2° fracture par enfoncement et pénétration de la tête du fémur dans le bassin ; 3° fracture verticale ou trait d'irradiation passant par la cavité

cotyloïde), j'ai décrit une variété particulière consistant en une fissure horizontale ou plutôt oblique en bas et en avant. Cette fracture part de la grande échancrure sciatique, traverse le cotyle et reparaît, à une hauteur variable, sur la branche ischio-pubienne ; c'est donc une séparation de l'ischion tout entier avec la partie inférieure de la cavité cotyloïde. Je n'ai pu en trouver aucune mention dans les auteurs et, cependant, il est très facile de la produire expérimentalement, toujours avec les mêmes caractères.

Elle résulte d'un choc obliquement appliqué de bas en haut et de dehors en dedans sur l'ischion, ou, ce qui revient au même, d'une chute sur l'ischion, légèrement incliné en dedans. Quelquefois, au trait horizontal s'ajoute un éclatement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde, de sorte que l'os iliaque est séparé en trois fragments correspondant à ses segments primitifs. Cette dernière disposition a été observée par Cooper, Sanson, Hamilton, Hoffa. Il est probable que dans tous ces cas, il s'agissait bien de la même variété de fracture, produite par le même mécanisme, mais on ne saurait l'affirmer en l'absence de tout renseignement précis.

Les signes par lesquels peut se révéler la fracture transversale du cotyle sont : 1° la constatation d'une fracture de la branche ischio-pubienne ; 2° la mobilité de l'ischion (sur laquelle il ne faut guère compter, car on ne la rencontre jamais dans les fractures expérimentales, même après un traumatisme considérable) ; 3° la saillie d'un trait de fracture ou la douleur à la pression appréciablés par le toucher rectal ; 4° la douleur réveillée par la pression sur le grand trochanter, par le refoulement de la tête sur la fissure cotyloïdienne. Dans un cas que j'ai pu observer, en 1891, à l'Hôtel-Dieu, le toucher rectal ne fournissait aucun renseignement, le malade étant en plein délire alcoolique ; la fracture de la branche ischio-

pubienne et la raideur ultérieure de la hanche furent les seuls signes qui me permirent d'affirmer le diagnostic.

Fractures du bassin.

(Article Bassin, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 364.)

J'ai essayé de grouper d'une façon méthodique les différentes variétés de fractures du bassin d'après le mécanisme établi par l'expérimentation et par l'étude d'un grand nombre de pièces pathologiques.

Les fractures du pubis, d'ordinaire décrites comme fractures isolées au même titre que celles de l'ischion, du sacrum, de l'aile iliaque, doivent être rattachées aux fractures du bassin proprement dites, c'est-à-dire aux fractures qui atteignent le bassin dans sa portion centrale, essentielle, la ceinture pelvienne.

A. Un choc, une pression agissant d'avant en arrière, produit les diverses variétés bien connues de fractures du pubis ; il est généralement admis d'après une observation unique de Foucher, citée par Voillemier, que l'aile du sacrum peut être secondairement arrachée par les ligaments sacro-iliaques ; je n'ai jamais pu, dans un grand nombre d'expériences, reproduire cet arrachement de l'aile du sacrum ; c'est toujours la symphyse sacro-iliaque qui cède ; parfois le ligament interosseux entraîne une très mince lame de sa surface d'insertion au sacrum, mais l'aile sacrée n'est jamais brisée. Il paraît donc nécessaire, pour expliquer cette fracture, d'invoquer l'intervention d'autres facteurs, direction différente du traumatisme, pressions postérieures, etc.

B. Les effets d'une pression appliquée sur la partie posté-

rieure du bassin soutenu en avant sont analogues aux précédents : fractures du pubis, disjonction des symphyses sacro-iliaques, puis fractures directes du sacrum ou de la partie postérieure de l'os iliaque.

Un choc violent sur la région sacrée, le bassin n'étant pas soutenu en avant, produit non seulement des fractures directes du sacrum ou de la partie postérieure de l'os iliaque, mais le plus souvent aussi une fracture des deux branches pubiennes ; fait établi par les expériences de MM. Féré et Perruchet, et que j'ai vérifié aussi expérimentalement.

C. Les pressions agissant suivant le diamètre transversal du bassin produisent le plus souvent une double fracture verticale, quelquefois une fracture du pubis, avec disjonction de la symphyse sacro-iliaque, exceptionnellement une fracture isolée du pubis comme l'ont déjà montré les expériences de M. Schwartz.

D. Les chutes sur le siège déterminent une double fracture verticale et la fracture postérieure porte presque toujours sur le sacrum, rarement sur l'os iliaque. Il est difficile d'adopter exclusivement comme mécanisme soit l'arrachement du sacrum après fracture de la branche ischio-pubienne, invoqué par Voillemier, soit la fracture primitive, en son point le plus faible, du sacrum, qui reçoit la poussée verticale de tout le poids du corps, théorie que M. Féré a appuyée sur de nombreuses expériences.

Pour la description anatomo-pathologique, les fractures multiples du bassin peuvent être ramenées à un certain nombre de types primordiaux dont on retrouve les éléments dans les lésions les plus complexes.

Toute fracture verticale divisant le détroit supérieur s'accompagne, en règle générale, soit d'une seconde fracture verticale, soit d'une disjonction d'une ou de deux symphyses. Les

deux fractures verticales peuvent occuper l'arc antérieur du bassin, très rarement correspondre exactement à son diamètre transversal ; le plus souvent à une fracture verticale antérieure est associée, soit une disjonction de la symphyse sacro-iliaque correspondante, soit une fracture de la partie postérieure de l'ilion, soit plutôt une fracture du sacrum (type de Voillemier).

A des degrés plus avancés correspondent les types de fractures multiples à trois traits verticaux, puis à quatre traits, souvent alors symétriques (cas de M. Panas). Les lésions peuvent être encore plus multiples et j'ai observé pendant mon internat dans le service de M. le professeur Lannelongue un type de fracture à six traits verticaux absolument symétriques, dont quatre constitués par des fractures ou des décollements épiphysaires et deux par la disjonction des symphyses sacro-iliaques.

Fracture ancienne du coude.

(Société anatomique, 1886, p. 257.)

Le défaut de consolidation des fractures du condyle est chose fréquente et semble tenir à la difficulté de l'immobilisation du fragment entraîné par le radius dans ses moindres déplacements. J'en ai trouvé dans les auteurs cinq observations cliniques et trois observations anatomiques. La consolidation des fractures de la trochlée semble être, au contraire, la règle et se fait parfois avec un cal exubérant.

Une pièce que j'ai présentée à la Société anatomique réunit les types de ces deux fractures, pseudarthrose du fragment externe, consolidation du fragment interne :

Fracture en Y de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le fragment interne, comprenant l'épitrochlée et la trochlée, était régulièrement consolidé; le fragment externe (condyle et épicondyle) était uni au fragment moyen par une pseudarthrose complète avec fibro-cartilage d'encroûtement; l'existence de cette nouvelle articulation rendait faciles et réguliers les mouvements de l'avant-bras sur le bras.

Luxation ancienne du coude; néarthrose.

(*Société anatomique*, 1887, p. 141.)

Bien que la luxation fût très ancienne, comme le démontrait l'existence de grosses travées osseuses développées à la partie inférieure de l'humérus, la grande cavité sigmoïde du cubitus, en partie comblée par du tissu fibreux, avait conservé sa forme et ses dimensions.

Ostéo-sarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. — Amputation de la cuisse. — Guérison.

(Pièce présentée par M. Canniot, *Société anatomique*, 1890, p. 437.)

Cette observation présente un point intéressant : l'envahissement du ligament croisé antérieur, l'articulation paraissant intacte. Par les ligaments croisés peut donc se faire la propagation directe au fémur, comme cela se voit aussi pour les sarcomes du bassin se propageant par le ligament rond de l'articulation de la hanche.

Kyste hydatique sus-prostatique.

(Société anatomique, 1886, p. 749.)

Kyste de petit volume siégeant au-dessus de la prostate dans un dédoublement de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. Ce fait montre bien nettement le point de départ des kystes rétro-vésicaux. Les recherches de M. Tuffier (Congrès de chirurgie 1891) l'ont conduit aussi à admettre que c'est presque toujours en ce point que naissent ces kystes.

Kyste hydatique du foie avec prolongement diverticulaire séparé de la cavité principale par un orifice étroit et en partie oblitéré par une valvule.

(Société anatomique, 1886, p. 751.)

Cette pièce montre une cause possible de récidive après l'incision du kyste.

III. — Pathologie et clinique chirurgicales. Technique opératoire.

Testicule. Anomalies-Maladies. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (En collaboration avec le professeur Gosselin), 1883.

Cliniques de Trélat (1891). — Rédaction des cliniques suivantes : Ostéosarcomes — Synovites tuberculeuses — Diagnostic et traitement des adénites tuberculeuses — Angiome du front — Adéno-sarcome du palais — Exostoses sous-unguéales du gros orteil — Lymphadénome du testicule.

Maladies du cou (*Traité de chirurgie*, t. V). — Contusions — Plaies — Phlegmons et Abcès — Adénites — Maladies des muscles — Torticolis — Cicatrices vicieuses — Anévrysmes — Tumeurs.

Maladies du bassin (*Traité de chirurgie*, t. VII). — Plaies — Fractures — Luxations — Ostéites — Tumeurs des os — Arthrites, sacro-coxalgie — Psoïtis — Plegmon iliaque — Adénites iliaques — Tumeurs de l'excavation pelvienne — Anévrysmes — Dépressions et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

Anesthésie par la scopolamine et le chloroforme.

(*Société de chirurgie*, 1905, p. 614 ; 1905, p. 787 ; 1906, p. 231, *Congrès de chirurgie*, 1906, p. 861.)

Sur 1 230 cas d'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine et de morphine.

(*Société internationale de chirurgie, Congrès de Bruxelles*, 1908.)

Après la communication du professeur Terrier sur l'anesthésie par la scopolamine, je me suis immédiatement servi de cet agent, mais au lieu de chercher à obtenir le sommeil anesthésique par les injections répétées de scopolamine-morphine, je n'ai jamais fait qu'une seule injection, une heure avant l'administration du chloroforme.

J'ai employé au début la dose de 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine ; plus tard celle de un demi-milligramme de scopolamine avec un demi-milligramme de morphine qui m'a paru suffisante pour assurer les mêmes résultats.

Les avantages de cette méthode sont l'absence de toute appréhension, la disparition presque toujours complète de la période d'excitation, la régularité parfaite du sommeil anesthésique, l'absence de vomissements pendant l'anesthésie, la diminution des vomissements post-opératoires, la persistance de l'analgésie et d'un demi-sommeil tranquille pendant les heures qui suivent l'opération, l'augmentation de la diurèse.

Je n'ai jamais observé d'accidents imputables à la scopolamine.

Tétanos traumatique.

(*Société de chirurgie*, 1903, p. 883; 1904, p. 249.)

Je ne signale ici, de ces communications, qu'un fait de guérison d'un cas de tétanos grave, après injections répétées de sérum antitétanique dans le canal rachidien, emploi du chloral à haute dose et administration de chloroforme au début de chaque crise de convulsions.

Formes atténuées de l'ostéomyélite.

(Observations, thèse de M. Even.)

Observations d'ostéomyélites à évolution très lente (deux ans dans un cas, cinq ans dans l'autre) et d'un diagnostic assez ifficile. Dans ces deux cas, le foyer central contenait du staphylocoque doré.

Sur une forme lente et insidieuse d'infection par le Staphylococcus pyogenes aureus. Ostéomyélite et abcès multiples du tissu cellulaire évoluant sans provoquer aucune réaction.

(*Société anatomique*, 1892, p. 206.)

Observation d'une jeune fille de quinze ans et demi atteinte d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure de l'humérus droit ; l'affection avait évolué si lentement que, depuis un an, la malade était soignée à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, pour une contracture hystérique du brachial antérieur.

Le pus évacué par la trépanation contenait du *Staphylococcus pyogenes aureus*, comme l'a montré l'examen fait par mon ami M. Netter.

Six mois plus tard, j'ouvris deux abcès, très petits, du volume d'une noisette, profondément situés l'un au-devant du thorax, l'autre sous le bord postérieur du deltoïde et qui avaient mis aussi un an environ à se développer, sans aucune réaction douloureuse. Le pus de ces abcès, visqueux, glutineux, contenait cette fois du *Staphylococcus citreus*. La paroi des abcès était absolument semblable à celle des abcès froids avec une coque fibreuse lisse après le curettage, épaisse de deux millimètres environ.

Le début de l'infection remontait à quatre ans. A cette époque, l'enfant, alors âgée de onze ans, avait eu un phlegmon du pied gauche avec lymphangite de la jambe ; quelques mois plus tard, une ostéomyélite du cinquième métacarpien de la main gauche, suivie de l'expulsion d'un petit séquestre.

Cette observation montre donc les phases successives d'une infection à staphylocoques dont la virulence s'atténue progressivement jusqu'à aboutir à la production de véritables abcès froids, présentant tous les caractères cliniques et anatomiques macroscopiques de l'abcès froid tuberculeux.

Des manifestations tardives de l'infection par les staphylocoques. — Abcès froids et fongosités.

(*Société anatomique*, 1892, p. 692.)

Il s'agit ici d'un degré encore plus avancé d'une manifestation encore plus atténuée de l'infection par le staphylocoque. C'est toujours chez la même malade que je l'ai observée neuf mois plus tard.

C'était cette fois une petite tumeur dure, siégeant contre la face externe du fémur gauche au-dessus du condyle externe, entre la saillie de la face externe du triceps et le tendon du biceps. Dure, immobile sur l'os, elle simulait absolument une exostose.

L'opération montra que la tumeur accolée au fémur était formée par une masse fibreuse dure. A l'incision de cette coque fibreuse, dont la paroi présentait sept millimètres d'épaisseur, s'échappa une petite masse de fongosités, d'un gris jaunâtre, d'aspect myxomateux, qui étaient libres dans la cavité et n'adhéraient qu'à un point très limité de la paroi par une sorte de pédicule. Elles étaient humectées d'un liquide filant, visqueux, légèrement opalescent, mais il n'y avait pas de véritable collection liquide dans la cavité.

Les cultures pratiquées par M. Netter ont donné des colonies de staphylocoque blanc et de staphylocoque doré.

D'autre part, l'examen histologique des fongosités, fait par M. Pilliet, a montré que leur structure était analogue « à celle des bourgeons charnus en pleine suppuration. La nature filante du liquide semble devoir être attribuée à la liquéfaction des éléments anatomiques ».

Le foyer microbien ne provoque donc plus ici une suppuration, un abcès ; il produit une petite masse de fongosités et détermine la néoformation à sa périphérie d'un tissu fibreux très épais qui constitue une véritable tumeur solide.

Arthrite chronique à staphylocoques.

(*Société de chirurgie*, 1902, p. 501.)

Il s'agit là d'une forme d'arthrite chronique d'un diagnostic

difficile, presque toujours confondue avec la tumeur blanche.

Le diagnostic peut être établi sur les caractères suivants : épaississement de la synoviale, qui est limitée par un bourrelet très dur; épanchement plus ou moins abondant; choc rotulien conservé, absence de fongosités malgré une durée souvent longue de l'affection ; absence de points douloureux osseux.

Commémoratif, souvent difficile à retrouver, d'une infection antérieure, poussée de furoncles, lymphangite, etc.

Les signes physiques ne peuvent permettre que le diagnostic d'arthrite chronique non tuberculeuse. La connaissance très précise d'une infection antérieure peut faire soupçonner la nature de l'infection.

Arthrotomie dans l'arthrite blennorragique.

(Observations, thèse de M. Christen, 1893.)

Dans les formes graves de l'arthrite blennorargique, lorsque les phénomènes inflammatoires et la douleur ne cèdent pas rapidement à une immobilisation complète, l'arthrotomie avec lavage de l'articulation est le meilleur moyen d'arrêter l'évolution de l'arthrite et de prévenir les désordres consécutifs aux lésions de la synoviale et des cartilages d'encroûtement.

Ces lésions peuvent être très précoces. Dans un cas, l'arthrotomie, pratiquée au dixième jour, m'a permis de constater des érosions déjà très étendues des cartilages articulaires.

Le résultat immédiat de l'arthrotomie est la disparition de la douleur et des accidents inflammatoires. Le résultat thérapeutique définitif, le rétablissement complet des mouvements et en même temps la solidité de l'articulation dépendent, bien entendu, du degré des lésions destructives, par conséquent, du moment de l'intervention.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses.

(Semaine médicale, 1897, p. 101.)

(*Société internationale de chirurgie, Congrès de Bruxelles*, 1905, p. 150 et 165.) — (*Société de chirurgie*, 1905, p. 685 et 688 ; 1905, p. 810 ; 1906, p. 616 ; 1906, p. 662 ; 1906, p. 787 ; 1907, p. 1188 ; 1907, p. 1254.)

Le traitement conservateur m'a donné de bons résultats dans le traitement des tumeurs blanches. Je pense qu'il faut toujours tenter d'enrayer, par des méthodes conservatrices, l'évolution du mal et que l'intervention doit se borner, autant que possible, aux ablations partielles des foyers tuberculeux qui continuent à se développer.

Les conditions essentielles du traitement conservateur sont toujours l'immobilisation absolue et la compression.

Depuis 1892, j'emploie toujours la méthode sclérogène décrite en 1891 par M. le professeur Lannelongue et j'y suis resté fidèle parce qu'elle m'a donné de bons résultats. La ponction et l'injection d'éther dans les abcès, la ponction des épanchements articulaires rebelles et l'injection dans l'articulation d'huile iodoformée, le grattage des foyers osseux complètent le traitement suivant les indications particulières.

Dans les formes du début, dans les formes fongueuses notamment, la méthode sclérogène donne des résultats d'ordinaire excellents. Des séries d'injections répétées jusqu'à disparition complète des fongosités assurent le plus souvent la guérison, dans des conditions parfois inespérées, avec conservation d'une grande amplitude de mouvements, quelquefois avec conservation complète des mouvements.

Dans les formes osseuses, la guérison est plus difficile à obtenir, mais ici encore la méthode rend de grands services, alors même que l'ostéo-arthrite est très avancée, qu'il y a des abcès, des trajets fistuleux, des séquestres.

Le grand avantage des injections de chlorure de zinc est, en effet, de créer autour des foyers tuberculeux, masses fongueuses, foyers osseux, une zone de défense qui se traduit, dans les parties molles par une large couche sclérosée, dans les os par une zone d'ostéite irritative, d'ostéite productive qui amène rapidement un épaississement de l'os sain ; la séparation se fait entre les tissus sains et ce qui doit être éliminé, ce qui est nécrosé, masses caséeuses, séquestres, etc., et quand l'intervention est nécessaire, il est facile de faire le départ entre le bon et le mauvais, car autour des foyers, des cavités osseuses, on trouve un os épaissi, dur, résistant qui marque d'une barrière très nette la limite de la partie à enlever.

J'ai pu, grâce à ces modifications, faire souvent des résections partielles, de simples évidements, dans des cas où l'amputation semblait la seule ressource, et cela même au coude et au genou.

Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du tarse et du carpe, la méthode sclérogène est particulièrement précieuse. Là, en effet, la limitation des lésions sous l'influence des injections nous permet de tenter la conservation dans des cas en apparence désespérés.

Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale.

(*Mercredi médical*, 9 janvier 1895.)

Les lipomes périostiques congénitaux du fémur paraissent avoir un siège constant, un point d'attache fixe, et par suite des caractères cliniques assez nettement définis.

Dans le cas que j'ai observé chez un garçon de treize ans,

le lipome, qui occupait toute la hauteur de la cuisse et pesait 1 400 grammes, s'attachait sur le fémur, immédiatement au-dessous du petit trochanter, par un fort pédicule fibreux qui dut être désinséré à la rugine.

Je n'ai trouvé que trois observations analogues ; dans ces trois cas, la tumeur était assez volumineuse, bilobée comme chez mon malade, ou multilobée, constituée par du lipome pur, ou par du fibro-lipome, et toujours elle s'attachait par un pédicule fibreux épais au-dessous du petit trochanter, dans la zone qui correspond à la ligne épiphysaire du petit trochanter.

Le diagnostic peut être fait en tenant compte des caractères suivants : situation profonde du lipome qui est toujours sous-aponévrotique et même sous-musculaire, immobilité de son extrémité supérieure plus profonde que le reste de la tumeur, mobilité de la partie inférieure de la tumeur ; enfin, dernier caractère très important, âge du sujet.

Décollement traumatique ancien de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Résection du fragment diaphysaire.

(*Société de chirurgie*, 1895, p. 650.)

Décollement traumatique récent de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Résection du fragment diaphysaire.

(*Société de chirurgie*, 1895, p. 650.)

De l'intervention chirurgicale dans les décollements traumatiques de l'épiphyse supérieure de l'humérus.

(*Revue d'orthopédie*, 1895, p. 39.)

Discussion sur les décollements épiphysaires.

(*XVII*e *Congrès de chirurgie*, 1904, p. 637.)

Discussion sur la résection de l'épaule pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

(*Société de chirurgie*, 1901, p. 12.)

Les décollements de l'épiphyse supérieure de l'humérus, de même que les fractures du col, entraînent, dans certains cas, une difformité accentuée, caractérisée par une saillie en haut, en avant et en dedans du fragment diaphysaire qui, chevauchant en avant de l'épiphyse, peut se souder à elle dans cette position vicieuse.

Il résulte de cette saillie du fragment inférieur une impotence fonctionnelle très accusée, caractérisée par l'arrêt brusque du mouvement d'élévation ou de projection du bras en avant, arrêt dû au contact de ce fragment avec l'apophyse coracoïde ou voûte acromio-coracoïdienne.

Dans ces cas de consolidation vicieuse, de décollements épiphysaires non réduits, le chirurgien peut être obligé d'intervenir pour rendre au membre ses fonctions en supprimant l'obstacle, soit par une résection partielle de l'extrémité saillante du fragment diaphysaire, soit par une résection complète du cal, suivant les cas.

Dans d'autres circonstances, l'opération doit être formellement indiquée par l'impossibilité absolue de la réduction d'un décollement épiphysaire récent.

Dans une des observations de ce travail, j'ai pu constater que la cause d'irréductibilité absolue d'un décollement épiphysaire récent était due à la conservation d'une large bande périostique qui, bridant les fragments, rend impossible la

réintégration du fragment déplacé dans la sorte de loge formée en arrière par le périoste et en haut par la surface horizontale de l'épiphyse : vérifié expérimentalement sur le cadavre cette cause d'irréductibilité.

Dans de pareils cas, la résection du fragment diaphysaire sur la hauteur nécessaire pour obtenir la réduction, la réintégration de ce fragment dans son cylindre périostique suffisent pour obtenir un résultat parfait, sans qu'il soit nécessaire de faire de suture osseuse.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius. État du radius vingt ans après.

(*Société de chirurgie*, 1905, p. 273. — *Revue d'orthopédie*, 1905, p. 385.)

Les faits caractéristiques qui ressortent de cette observation sont : 1° un arrêt de développement du radius avec raccourcissement de $0^{m},07$; 2° la production d'une exostose ostéogénique sur la face antérieure ; 3° un léger arrêt de développement du cubitus dû, sans doute, à la résistance qu'a dû vaincre le cubitus pour étirer les ligaments qui l'attachent au radius ; 4° une déformation légère du carpe consistant en une bascule du pyramidal qui, d'oblique, est devenu vertical, ce qui entraîne une diminution de diamètre transversal du carpe ; 6° un changement des rapports du cubitus qui a complètement abandonné le radius et dont la tête est en contact avec le dos du pyramidal.

Suture de la rotule. — Suture ultérieure du tendon rotulien.

(*Société de chirurgie*, 13 mai 1891.)

Fracture itérative de la rotule ; suture de la rotule. Un an plus tard, sous l'influence d'un violent traumatisme, arrachement du tendon rotulien, suture de ce tendon à la rotule. Rétablissement complet des fonctions du membre.

Dans la seconde opération, j'ai pu vérifier directement l'existence d'un cal manifestement osseux entre les fragments suturés.

Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. — Arthrotomie. — Suture des condyles. — Guérison.

(*Société de chirurgie*, 10 avril 1895.)

Une discussion de la Société de chirurgie ayant mis à l'ordre du jour la question de la suture osseuse primitive dans les fractures irréductibles ou difficiles à maintenir réduites, j'ai rapporté cette observation de fracture bicondylienne de l'extrémité inférieure du fémur. Le condyle interne, complètement séparé du fémur, était luxé en arrière avec le tibia à la partie supérieure du creux poplité ; le condyle externe, quoique séparé également du fémur, n'était pas luxé en arrière, le ligament latéral externe étant rompu.

La guérison fut parfaite. Le blessé put reprendre son métier de parqueteur. Cette observation remonte à 1893. C'est à ce titre que je la signale ici.

Résection de la tête du fémur et réintégration du col dans le cotyle pour luxation ovalaire ancienne.

(*Société de chirurgie*, 1897, p. 569. — *Ibid.*, 1905, p. 191.)

Je cite cette observation parce qu'il n'existe, je crois, en France que trois cas de l'opération de Ricard. Ici le résultat primitif fut assez bon. Mais peu à peu le col se déplaça en haut et, après dix ans, vient s'articuler sur le flanc de l'aile iliaque avec un raccourcissement de 9 centimètres et une amplitude d'oscillation qui, après avoir été de 6 ou 7 centimètres, s'est réduite à 2 centimètres.

La conservation du col est donc une bonne chose, malgré le déplacement ultérieur progressif. Elle aide sûrement à la constitution d'une solide néarthrose iliaque.

Sur les fractures bi-malléolaires.

(*Société de chirurgie*, 1906, p. 1042.)

Au contraire de ce qui existe pour les fractures de jambe, je crois que dans le plus grand nombre des cas, la réduction complète des fractures bi-malléolaires est possible, à condition d'être faite de bonne heure. Il est presque toujours possible d'arriver à obtenir une direction normale de l'axe du pied, une correction complète de l'abduction, comme je l'ai vérifié depuis plusieurs années par la radiographie en série; enfin, dans nombre de cas, j'ai pu obtenir la réduction anatomique parfaite.

J'ai toujours appliqué immédiatement l'appareil plâtré et en plaçant le pied en adduction forcée, la plante tournée franchement en dedans.

J'insiste surtout sur la nécessité absolue d'une contention exacte jusqu'à consolidation complète, et j'ai essayé de montrer les difficultés de l'exploration dans la vérification de la solidité du col.

Les déviations secondaires me paraissent devoir être rapportées à une suppression prématurée de l'appareil de contention et surtout à une reprise trop précoce de la marche. La marche ne doit être permise que lorsque le cal est complètement solide, et le souci de la mobilisation précoce des articulations ne doit pas faire oublier que l'essentiel, dans la réparation d'une fracture, est d'obtenir un cal solide en bonne position.

Élongation traumatique du nerf radial et du nerf médian.

(*Société de chirurgie*, 1901, p. 471.)

Je signale cette observation qui a trait à un accident absolument rare.

Chez un homme vigoureux, jeune, traction brusque de la main par la manivelle de mise en marche d'une automobile qu'il tenait fortement, provoquant une sorte de dislocation du poignet. Le blessé, reprenant connaissance après une syncope provoquée par la douleur, vit que le poignet était comme étiré. Le membre était allongé ; la main, projetée en avant, était reliée à l'avant-bras par un segment flasque, rétréci, qui n'avait, au dire du malade, pas plus de deux travers de doigt de large.

Les téguments étaient intacts. Le lendemain la main avait repris sa position normale ; le membre n'était pas allongé ; il n'y avait pas trace de vide entre la main et l'avant-bras.

On constata à ce moment une anesthésie cutanée complète dans toute la zone de distribution à la main du radial et du médian. Au bout d'un mois, ulcération trophique à la pulpe de la phalangette du pouce de l'index et du médius ; mouvements des doigts impossibles ; atrophie et paralysie des muscles de l'éminence thénar. Au bout de quatorze mois, retour progressif de la sensibilité ; au bout de vingt mois disparition de l'atrophie des muscles de l'éminence thénar qui se contractent bien ; sensibilité presque normale sur toute la main ; légère hyperesthésie à la température ; disparition absolue des battements de la radiale depuis l'accident.

Il s'agit donc dans ce cas d'une lésion produite par une forte élongation du médian et du radial et de l'artère radiale.

Observation tout à fait exceptionnelle de déchirure d'un tronc nerveux d'un membre par traction directe, sans lésion des téguments, et guérison spontanée, réparation longue et progressive.

Kyste dermoïde de l'inion.

(*Presse médicale*, 6 avril 1895.)

Les kystes dermoïdes de l'inion sont rares. MM. Lannelongue et Ménard, dans leur *Traité des affections congénitales*, n'ont pu en réunir que sept cas, dont six de kystes intracraniens et un douteux de kyste extracranien.

Mon maître M. Lannelongue a appliqué la théorie de l'enclavement à la pathogénie des kystes dermoïdes intracraniens de l'inion. Il établit la preuve de cette théorie sur l'examen minutieux d'une pièce qui présentait la disposition caractéristique suivante : tractus fibreux, partant de la paroi du kyste intracranien et se perdant dans l'épaisseur même de l'occi-

pital; autre tractus correspondant, étendu de l'occipital à la face profonde de la peau.

Chez un homme de trente-quatre ans que j'ai observé en 1893, et que j'ai opéré dans le service de mon maître M. le professeur Tillaux, il existait à la fois deux poches dermoïdes, l'une intracranienne, l'autre extracranienne, réunies l'une à l'autre par un canal intermédiaire traversant l'occipital au niveau de l'inion; en d'autres termes, un kyste dermoïde étranglé en son milieu en forme de bissac par le développement de l'occipital.

La tumeur extérieure, prise pour un kyste sébacé, avait été incomplètement extirpée en 1888. Après désunion de la suture et écoulement de matière sébacée, une fistule avait persisté qui conduisait dans la poche intracranienne. Celle-ci, infectée consécutivement, se vidait incomplètement par la fistule trop étroite et la rétention provoquait des accidents cérébraux, vertiges, fourmillements, amnésie, etc.

Après une assez large résection de l'occipital autour de l'orifice fistuleux, la poche dermoïde intracranienne fut ouverte; elle contenait de la matière sébacée mélangée de pus et un drain de 16 centimètres de long sur 11 millimètres de diamètre. Ce drain était dans la poche depuis quatre ans, très probablement, d'après les renseignements fournis par le malade. La fusion intime de la très mince paroi dermoïde avec la dure-mère au niveau de la tente du cervelet ne permit pas l'extirpation complète de la poche. Le malade guérit avec un cul-de-sac dermoïde largement ouvert et adhérent à l'orifice osseux.

Ce fait est, je crois, unique; je n'ai pu trouver aucune mention d'un cas analogue de kyste de l'inion à la fois intra et extracranien. Il apporte une confirmation irréfutable à la théorie de l'enclavement pour expliquer la pathogénie des dermoïdes intracraniens.

Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires.

(*Société anatomique*, 11 mars 1892.)

Les canaliculites chroniques des glandes salivaires succèdent à une infection buccale. Il en résulte une dilatation du canal excréteur et de son orifice. L'affection est caractérisée par l'écoulement de pus par l'orifice lorsqu'on presse sur le canal ; elle se complique de fréquentes poussées inflammatoires plus ou moins aiguës dans la glande elle-même.

On constate parfois l'infiltration de gaz, la pénétration de l'air dans le canal, accident facile à reconnaître par la crépitation gazeuse que détermine la pression. A une période plus avancée, l'air pénètre jusque dans les premiers lobules de la glande ; enfin il peut infiltrer la glande entière, que le malade insuffle à volonté.

L'étiologie, dans tous ces cas, est bien différente des causes mécaniques qui produisent un résultat analogue chez les ouvriers verriers, fait déjà signalé par mon maître, M. le professeur Tillaux, et étudié récemment par M. Regnault.

L'infiltration gazeuse dans les canaliculites chroniques semble n'être pas très rare ; j'ai pu en observer quatre cas en trois ans : une fois dans le canal de Wharton (avec calcul), une fois dans le canal de Sténon, une fois dans le canal de Sténon et la partie moyenne de la parotide, une fois dans la parotide tout entière d'un côté et dans une portion de la parotide opposée, cas absolument analogue à celui qui fut présenté en 1856 à la Société de chirurgie par Demarquay.

Sur le traitement du cancer de la langue.

(*Société de chirurgie*, 1902, p. 495; 1904, p. 331.)

Épithélioma de la langue opéré il y a sept ans par la voie sus-hyoïdienne.

(*Société de chirurgie*, 1907, p. 826.)

L'ablation large des ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens avec résection de la langue par la brèche sus-hyoïdienne me semble préférable à la résection intrabuccale de la langue après curage sus-hyoïdien. Il y a, je crois, en effet, avantage à enlever d'un seul bloc la langue, les ganglions et la zone intermédiaire.

Les résultats opératoires immédiats sont très bons, à condition d'assurer un large drainage de la cavité de la bouche par un gros drain sortant à travers le pansement, à la région sus-hyoïdienne, et permettant un écoulement constant des liquides buccaux.

J'ai pu retrouver et présenter à la Société de chirurgie, sans récidive, un homme que j'avais opéré sept ans auparavant par cette méthode, d'un épithélioma de la langue et du plancher de la bouche.

C'est la plus longue survie que j'aie observée.

Tumeur volumineuse du lobe gauche du corps thyroïde ayant provoqué chez une malade nerveuse des accidents basedowiens. — Thyroïdectomie partielle. — Guérison.

(*Société de chirurgie*, 1897, p. 660.)

Je cite cette observation parce qu'elle montre le dévelop-

pement d'accidents basedowiens très accentués avec accès d'étouffement nocturnes, palpitations très accentuées, crises sudorales, tremblements très intenses, titubation, tremblements généralisés entraînant une impotence presque absolue, tous accidents liés au développement d'une tumeur assez volumineuse du corps thyroïde et qui se sont amendés d'une façon frappante après ablation de la tumeur.

L'oppression, les accès de suffocation, le tremblement, les palpitations, les troubles psychiques ont complètement disparu. Il persiste encore un peu d'hésitation de la marche, quelques troubles légers de titubation.

Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne.

(*Société médicale des hôpitaux*, 14 novembre 1890.)
(En collaboration avec M. Merklen.)

Bircher et Kocher ont essayé contre le myxœdème opératoire la transplantation de fragments sains de corps thyroïde, provenant d'un goitre extirpé (*Samml. Klin. Vortz*, 5 mars 1890). M. le professeur Lannelongue et M. Legroux, dans un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique, ont greffé sous la peau du thorax un lobe de corps thyroïde de mouton (*Société de biologie*, 8 mars 1890).

La greffe thyroïdienne du mouton à l'homme a été faite dans le myxœdème des adultes, par MM. Bettencourt et Serrano (Congrès de Limoges, août 1890). C'est également dans un cas de cette affection que j'ai pratiqué, le 3 septembre 1890, la greffe du corps thyroïde d'un mouton chez une femme de 41 ans, dans le service de M. Merklen, à l'hôpital Saint-Antoine. J'ai suivi exactement la technique indiquée par mon maître, M. Lannelongue.

Les métrorragies, continuelles depuis plusieurs mois, cessèrent trois jours après l'opération. Lorsque la malade fut présentée par M. Merklen à la Société médicale des hôpitaux, soixante-douze jours plus tard, ces métrorragies n'avaient point reparu. La bouffissure de la face avait un peu diminué, les masses pseudo-lipomateuses sus-claviculaires s'étaient sensiblement affaissées. Les troubles fonctionnels surtout avaient diminué : la parole, qui était traînante et embarrassée, était devenue nette et la malade marchait facilement et assez vite, alors que quelques semaines auparavant il lui fallait un quart d'heure pour faire le tour de la salle.

Mais la malade avait à plusieurs reprises été dans une situation aussi satisfaisante, quand les métrorragies se suspendaient. Le traitement a donc eu ce seul résultat certain de faire cesser les pertes, et cela est d'autant plus intéressant que le même bénéfice a été obtenu dans le cas de MM. Bettencourt et Serrano.

Horsley, Albertoni et Tizzoni ont montré, avec des interprétations différentes, le rôle important du corps thyroïde dans l'hématopoïèse. Chez notre malade, l'examen du sang pratiqué par M. Luzet a donné les résultats suivants : le nombre des globules rouges s'est élevé de 2 235 100 à 3 103 100 ; la richesse globulaire de 1 175 000 à 1 725 000; la valeur globulaire de 0,50 à 0,55. Avant l'opération le sang était fibrineux, fait signalé par M. Hayem dans les maladies hémorragipares ; cette particularité est d'autant plus caractéristique qu'il n'y avait pas d'augmentation des globules blancs.

Enfin la quantité d'urée s'est élevée de 2 à 5 grammes.

En résumé, l'opération a eu pour résultats immédiats : la cessation des hémorragies, la diminution de l'anémie, l'amélioration de l'état général.

Mais peu de temps après, la malade a perdu en grande partie

le bénéfice de l'opération. A mesure que se résorbait la greffe thyroïdienne, qui a fini par disparaître, les métrorragies reparaissaient, très modérées d'ailleurs et moins débilitantes que par le passé. Les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien, essayées par M. Merklen, n'ont point donné de résultats. La malade, restée dans le service de M. Merklen, était dans un état à peu près stationnaire, avec moins de métrorragies et un peu moins d'infiltration myxœdémateuse. Puis peu à peu les accidents reparurent, la cachexie myxœdémateuse augmenta et la mort survint en 1894.

Kyste séreux multiloculaire du cou d'origine congénitale.

(Pièce présentée par M. Hélary, *Société anatomique*, 1890, p. 459.)

L'enfant qui fait le sujet de cette observation avait été présenté, le 27 mai 1890, à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier.

Elle était née avec une tumeur très volumineuse de la partie latérale droite du cou, tumeur kystique, transparente, très tendue, qui diminua au bout de quelque temps et était molle et dépressible lorsque l'enfant quitta la Maternité dans le courant de juin.

Le 30 octobre, l'enfant fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine pendant la visite, pour des accidents graves de suffocation, avec vomissements verdâtres, dysphagie intense, convulsions, etc., accidents dus à l'infection du kyste consécutive à une ponction pratiquée en ville un mois auparavant.

Je fis sur-le-champ l'extirpation de la tumeur qui, très tendue, présentait le volume d'une tête de fœtus à terme, s'étendait depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule ;

elle adhérait intimement par sa face superficielle au sterno-mastoïdien, par sa face profonde à la jugulaire interne; en un point existait un véritable pédicule attachant le kyste à la gaine des vaisseaux, pédicule sectionné après ligature.

Les accidents cessèrent après l'opération et l'enfant guérit bien.

Je rapporte avec quelques détails cette observation parce que : 1° elle montre bien nettement les accidents très graves qui peuvent compliquer brusquement l'évolution de ces tumeurs à la suite d'une infection ; en pareil cas, l'extirpation complète du kyste, lorsqu'elle est possible, me paraît être la méthode de choix ; elle permet d'enlever d'un seul coup toutes les poches infectées et par cela même me semble bien supérieure à l'incision suivie de drainage. Je ne connais pas d'autre exemple d'extirpation d'urgence pour accidents de suppuration de gros kystes congénitaux du cou. Ici la tumeur était très volumineuse puisqu'elle occupait toute la moitié droite du cou, de l'apophyse mastoïde à la clavicule ; l'enfant qui n'avait rien pu avaler depuis deux jours, qui présentait une dyspnée intense, était évidemment en danger de mort imminent, et si l'incision simple avait pu parer à ces accidents de compression, elle eût certainement moins rapidement enrayé la septicémie, car, à la périphérie de la tumeur principale, autour du pédicule, étaient accolés deux petits kystes isolés remplis de pus.

2° L'examen anatomique de la tumeur présente un réel intérêt au point de vue de la suture et de la pathogénie.

La tumeur en effet n'était pas un agglomérat de petits kystes, mais bien une poche unique cloisonnée en tous sens d'une multitude de brides, de tractus limitant des cavités qui toutes communiquaient très largement entre elles. Cette disposition explique les variations brusques de volume portant sur toute la masse de la tumeur.

Enfin l'examen histologique, fait par Pilliet, montra qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire, d'un véritable *angiome embryonnaire*, angiome capillaire et surtout veineux, devenu kystique.

De la pleurotomie postérieure. — Recherches anatomiques sur le lieu d'élection de l'incision dans l'opération de l'empyème.

(*Société anatomique*, 1888, p. 259.)

Ces recherches ont porté sur trente sujets des deux sexes, tous adultes ou vieillards ; les conclusions ne sauraient donc en aucune façon en être appliquées aux enfants. J'ai cherché à déterminer le point déclive de la cavité pleurale, dans le décubitus dorsal, le sujet placé autant que possible dans la position du malade couché dans son lit, seule position acceptable en pratique pour obtenir une *évacuation permanente* des liquides contenus dans la plèvre ; les autres positions, ne pouvant être supportées longtemps, n'assureraient qu'une évacuation intermittente.

Le sujet étant ainsi placé, l'examen de la cavité pleurale, après ablation du poumon, met en évidence l'*insuffisance de toute incision qui n'atteint pas le fond de la gouttière costo-vertébrale.*

Par contre, toute incision atteignant cette gouttière postérieure permet une évacuation facile, en relevant ou en abaissant la partie supérieure du thorax suivant la hauteur de l'espace incisé.

Dans la position indiquée plus haut, le point le plus déclive répond en général au septième, au huitième, ou au neuvième

espace; peu importe du reste, car la gouttière, ici très concave dans le sens transversal, l'est très peu dans le sens longitudinal et l'incision dans un de ces trois espaces assure l'évacuation complète, grâce aux constantes variations de position du malade dans le sens vertical.

Le huitième espace semble être le plus convenable pour l'incision ; la pointe de l'omoplate, dans le mouvement d'abaissement de l'épaule, descend en effet chez certains sujets jusque sur le septième espace et même sur la huitième côte ; l'incision dans le neuvième espace exposerait peut-être plus à la blessure du foie.

La gouttière postérieure du thorax répond à l'angle des côtes. Au niveau du huitième espace, l'incision, pour atteindre le point le plus déclive de la gouttière, doit arriver jusqu'à 6 ou 7 centimètres de la ligne médiane.

Manuel opératoire. — Incision de 8 centimètres environ, sur le bord supérieur de la neuvième côte, et commençant ou se terminant, suivant le côté, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses — section du grand dorsal, très mince en ce point, et des faisceaux tendineux les plus externes des muscles de la gouttière vertébrale. — L'incision de l'espace intercostal et de la plèvre doit raser très exactement le bord supérieur de la côte, comme dans la pleurotomie latérale. Ici le bord supérieur n'est pas rectiligne ; on doit chercher avec grand soin l'angle de la côte et découvrir le bord supérieur coudé en ce point. L'incision rectiligne, suivant la direction de la portion oblique de la côte, diviserait en arrière la partie moyenne de l'espace intercostal et présenterait de grands dangers.

Si l'ouverture de l'espace ne paraît pas assez large et béante, il est facile d'échancrer le bord supérieur de la côte pour assurer un orifice suffisant au drainage. Il est encore préférable de

réséquer la côte sur une étendue de 6 centimètres environ et de faire cette résection avant d'ouvrir la plèvre.

La pleurotomie postérieure ne présente pas plus de danger que la pleurotomie latérale. Elle n'offre aucune difficulté sérieuse d'exécution. Elle assure l'écoulement complet et permanent du pus.

Depuis vingt ans, cette incision postérieure a été pratiquée pour des pleurésies purulentes un grand nombre de fois ; je l'ai toujours faite pour ma part, et j'ai pu vérifier qu'elle donnait tous les résultats que permettait de prévoir l'expérimentation, à savoir l'évacuation permanente et complète de la plèvre et la facilité des pansements.

De la thoracotomie sous-axillaire pour aborder les pleurésies interlobaires et les cavités profondes du lobe supérieur du poumon.

(*Société anatomique*, 12 avril 1895.)

Les collections purulentes enkystées de la partie supérieure de l'espace interlobaire, certaines cavités profondes du lobe supérieur du poumon sont d'un accès difficile.

La thoracotomie axillaire fournit une voie assez large et relativement commode pour ouvrir non seulement les pleurésies interlobulaires, mais encore les cavités pulmonaires profondes du lobe supérieur.

Mon collègue et ami M. Rochard a déterminé avec soin, il y a quelques années, les rapports exacts des scissures interlobaires avec la paroi thoracique. Au cours de recherches sur la thoracotomie, j'ai repris cette étude et vérifié les rapports donnés par M. Rochard. Cependant, au niveau de l'aisselle, la

scissure interlobaire me semble un peu plus élevée dans certaines conditions. Je l'ai toujours trouvée sous la quatrième côte chez les sujets présentant des adhérences pleurales, offrant par conséquent des conditions analogues à celles que nous rencontrons le plus souvent dans les interventions chirurgicales.

Le premier temps de l'intervention doit être la résection large de la quatrième côte, sous l'aisselle. Alors même que la scissure se trouverait plus bas, ou que pour ouvrir plus largement un foyer il faudrait réséquer la cinquième côte et même la sixième, il est toujours meilleur d'attaquer d'abord la quatrième côte, car dans cette thoracotomie latérale, il est plus sûr de procéder de haut en bas que d'avoir à remonter au cours de l'opération vers le creux de l'aisselle.

La brèche ouverte par la thoracotomie latérale ainsi faite sous l'aisselle permet d'inciser et de drainer facilement les foyers interlobaires supérieurs et postérieurs ; elle permet en outre d'explorer le lobe supérieur du poumon et d'ouvrir dans les meilleures conditions les foyers qui siègent à la base ou à la partie postérieure de ce lobe. En cas de foyers multiples ou de grande cavité, elle peut être combinée avec l'incision antérieure classique pour établir le drainage de tout le lobe supérieur.

J'ai pu vérifier cliniquement les avantages de cette thoracotomie axillaire qui donne un accès relativement facile vers les foyers si péniblement accessibles par l'incision antérieure.

Pneumotomie pour dilatation bronchique. — Des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires.

(*IXe Congrès de chirurgie*, 1895, p. 100.)

Si l'on compare les différents modes de cicatrisation des cavités pulmonaires, en laissant de côté, bien entendu, les cavernes tuberculeuses, qui ont une évolution toute particulière, il y a une distinction capitale à établir entre les cavités de formation récente et les cavités anciennes.

Cette division n'a pas un simple intérêt anatomo-pathologique ; elle a une grande importance en clinique, puisque de la connaissance exacte de processus réparateurs différents découlent des indications de procédés opératoires différents.

Après l'ouverture large, avec résection costale suffisante, d'une cavité récente, d'un foyer de gangrène limité, par exemple, les parties sphacélées s'éliminent rapidement, la désinfection est obtenue en quelques jours par un pansement bien fait ; on voit alors la paroi de la cavité bourgeonner, s'élever, venir peu à peu au contact de la paroi thoracique, elle-même déprimée, libérée par la résection costale. Dans ce cas le poumon participe lui-même à la réparation ou, du moins, la cicatrisation, le rétrécissement progressif de la cavité attirent facilement le tissu pulmonaire encore souple et mobile. Enfin la bronchite, due à l'infection par le passage dans les bronches des produits du foyer cavitaire, disparaît elle-même en général assez rapidement.

Tout autres sont les conditions de la réparation dans les cavités anciennes. Ici le foyer est entouré d'une zone, d'ordinaire très étendue, de sclérose ; cette sclérose peut envahir tout le lobe pulmonaire ; elle s'accompagne d'inflammation chro-

nique des branches des artères pulmonaires, d'artérite avec dilatations anévrysmales, point de départ d'hémoptysies graves, souvent mortelles. De plus, l'infection persistante des bronches par l'évacuation depuis longtemps continue des produits septiques du foyer a provoqué des lésions profondes de bronchite chronique avec dilatation ; ces lésions ne restent pas limitées au lobe pulmonaire primitivement atteint ; elles peuvent provoquer ultérieurement la formation de foyers secondaires avec destruction plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire.

Ainsi, quelle que soit d'ailleurs la nature du foyer primitif, qu'il s'agisse d'un foyer ancien de gangrène pulmonaire, d'un abcès du poumon, d'une pleurésie interlobaire évacuée par les bronches, les principaux obstacles à la réparation de la cavité et à la guérison sont fournis par la sclérose pulmonaire et par la bronchite chronique avec dilatation.

Après l'ouverture large des cavités très anciennes, en effet, on voit que le poumon ne participe plus à cette réparation. Sans doute, après la détersion des parois, l'apparition d'une couche de bourgeons charnus témoigne de leur vascularisation; mais le poumon est fixé dans sa position, le tissu périphérique est inextensible et la cavité ne peut se combler que par la dépression très profonde de la paroi thoracique. Aussi, dans ces cas, la résection costale pure est-elle le plus souvent insuffisante, et c'est à la résection totale de la paroi, suivant la méthode de Schede, qu'il faut avoir recours.

Dans les grandes dilatations bronchiques, les mauvaises conditions de réparation sont à leur maximum. Ici toutes les bronches du lobe malade, le plus souvent toutes les bronches du poumon correspondant, sont dilatées ; la sclérose est très étendue. Et cependant, même dans ces conditions, l'intervention peut donner de bons résultats : si la libération de la paroi

thoracique a été suffisamment assurée, l'oblitération complète de la cavité bronchique peut être obtenue.

Discussion sur la pneumotomie pour cavité pulmonaire.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 243.)

Dans la plupart des pneumotomies que j'ai pratiquées, la cavité ne siégeait pas aux points correspondant aux signes stéthoscopiques ; les bruits sont répartis à la périphérie du poumon. D'une façon générale, les cavités superficielles peuvent être reconnues avec une précision suffisante.

Mais, pour les lésions profondes, il faut compter avec la propagation vers la périphérie des phénomènes d'auscultation, et je crois que le degré de cette propagation dépend surtout de la sclérose pulmonaire et de la congestion.

Dans certains cas, la radioscopie stéréoscopique peut donner des notions précises sur le siège des lésions.

Les guérisons apparentes de pneumotomies pour dilatations bronchiques localisées peuvent être entravées par la reproduction d'une fistule.

Dans un cas j'ai vu cette fistule se fermer à plusieurs reprises et se rouvrir chaque fois que la malade s'enrhumait. J'ai dû la maintenir ouverte.

L'épidermisation complète du trajet assure en pareil cas une fistule permanente qui permet la vie dans de bonnes conditions.

Épithélioma colloïde du sein.

(*Société de chirurgie*, 30 janvier 1894.)

Du carcinome colloïde du sein.

(*Presse médicale*, 2 février 1895.)

Le cancer colloïde du sein peut présenter certains caractères cliniques importants :

1° Multiplicité des tumeurs, des masses colloïdes très nombreuses et indépendantes les unes des autres ;

2° Translucidité des tumeurs, non seulement des petites granulations colloïdes superficielles, mais même des masses profondes, comme on peut s'en assurer par l'examen à la lumière ;

3° Mobilité des tumeurs. Chez la malade que j'ai présentée à la Société de chirurgie, les tumeurs multiples, résultant d'une troisième récidive, étaient mobiles sous la peau, mobiles sur les plans profonds. Cette mobilité persiste alors même que les téguments amincis ne forment plus qu'une mince pellicule à la surface de la masse colloïde ;

4° Caractères particuliers de l'ulcération : bords nets, comme coupés à l'instrument tranchant, fond sec mettant à nu la substance colloïde d'un jaune rosé, saignant quelquefois, sans tendance à la suppuration, ne ressemblant en rien à l'ulcération du cancer ordinaire ;

3° Lenteur de l'évolution.

Cette lenteur de la marche du cancer colloïde a déjà été signalée notamment par Simmonds, par Brindejonc, par Monod et Jayle. Les autres caractères cliniques que j'ai observés n'ont pas, je crois, été signalés.

Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen.
(*Société de chirurgie*, 16 mars 1892.)

Plaie verticale du côté gauche du thorax; section du septième et du huitième espace et de la huitième côte. Issue immédiate de l'épiploon. Pas de pneumothorax. Ligature et résection de l'épiploon. Exploration de l'estomac par la plaie. Suture des lèvres de la plaie du diaphragme aux lèvres de la plaie de la paroi thoracique. Suture totale de la plaie en deux plans. Guérison.

Il y a là un procédé applicable aux plaies de la moitié périphérique du diaphragme, permettant d'éviter le pneumothorax.

Ulcères perforants de l'estomac (trois observations).
(*Société anatomique*, 1890, p. 441, p. 466.)

L'intérêt de ces observations consiste en ce fait que deux fois des péritonites suraiguës, consécutives à la perforation d'un ulcère latent de l'estomac, avaient débuté par une violente douleur dans la fosse iliaque droite ou dans le bas-ventre, simulant une perforation de l'appendice.

De plus, les lésions de la péritonite purulente n'existaient dans un cas que dans la partie inférieure de l'abdomen et des adhérences récentes protégeaient déjà toute la région supérieure et masquaient la perforation de l'estomac. Cette localisation des lésions semble devoir être attribuée à ce que le contenu de l'estomac, brusquement évacué au moment de la perforation, tombe dans la partie inférieure de l'abdomen et y

provoque la péritonite purulente suraiguë, tandis qu'il ne laisse plus haut, comme trace de son passage, qu'une inflammation moins intense et qui amène rapidement la formation d'adhérences.

Résection d'un lobe surnuméraire du foie.

(*Société de chirurgie*, 1903, p. 888; 1904, p. 363.)

Sur la suture du foie.

(*Société de chirurgie*, 1908, p. 193.)

Les nombreux procédés de suture imaginés pour assurer l'hémostase du foie sont tous assez compliqués et d'une application difficile.

J'ai obtenu le meilleur résultat d'une suture très simple consistant en une série de points en U, avec de gros catgut, imbriquant les anses. L'hémostase se fait à mesure qu'on serre les fils, la striction d'une anse arrêtant l'hémorragie qui se fait par le premier point de l'anse suivante.

J'ai pu, à l'aide de ce procédé, assurer l'hémostase dans la résection d'un gros lobe surnuméraire du foie appendu sous la face inférieure du lobe droit et qui provoquait des accidents aigus, simulant une cholécystite. Le lobe enlevé mesurait 15 centimètres de long, 8 centimètres de large et 3 d'épaisseur.

Sur six observations d'abcès du foie.

(*Société de chirurgie*, 16 janvier 1895.)

I. — Abcès du foie consécutif à une dysenterie. Ouverture dans les bronches. Broncho-pneumonie gangreneuse. Accidents septicémiques très graves. Développement rapide d'un autre abcès très volumineux sur la face supérieure du foie. Laparatomie d'urgence ; incision de l'abcès. Mort.

II. — Abcès du foie consécutif à la dysenterie. Ouverture dans les bronches et dans l'intestin. Septicémie. Résection de la dixième côte et ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Guérison.

Examen du pus : streptocoques, staphylocoques et deux autres microbes impossibles à différencier ; pas de colibacille (M. Hulot).

III. — Abcès de la partie postérieure du lobe droit du foie, saillant à la face inférieure et formant une voussure lombaire qui simule une pyélo-néphrite chez une femme atteinte antérieurement de cystite et d'urétérite ascendante. Calculs dans la vésicule biliaire. Incision lombaire exploratrice. Rein sain. Laparatomie antérieure. Cholécystotomie, extraction de quarante-cinq calculs de la vésicule. Cathétérisme des voies biliaires démontrant l'intégrité du canal cystique et du canal cholédoque. Suture de la vésicule. Ouverture de l'abcès du foie. Guérison.

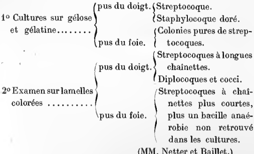
Examen du pus. Streptocoques, colibacille ; long filament qui n'a pu être cultivé et dont la nature est indéterminée (M. Macaigne).

IV. — Abcès postéro-supérieur du lobe droit du foie, d'origine indéterminée chez une négresse arrivant de Guayaquil. Résection de la neuvième côte. Ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Guérison.

Examen du pus absolument négatif (M. Macaigne).

V. — Abcès antéro-supérieur du foie, consécutif à une infection par le streptocoque à la suite d'une plaie de l'auriculaire avec arthrite suppurée. Incision de l'abcès du foie. Amputation du doigt. Guérison.

Examen du pus :



1° Cultures sur gélose et gélatine........	pus du doigt.	Streptocoque. Staphylocoque doré.
	pus du foie.	Colonies pures de streptocoques.
2° Examen sur lamelles colorées	pus du doigt.	Streptocoques à longues chaînettes. Diplocoques et cocci.
	pus du foie.	Streptocoques à chaînettes plus courtes, plus un bacille anaérobie non retrouvé dans les cultures.

(MM. Netter et Baillet.)

VI. — Abcès postéro-supérieur du foie consécutif à une dysenterie. Septicémie très avancée. Résection de la dixième côte. Ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Amélioration passagère de l'état général. Cavité de l'abcès presque comblée. Mort au bout de dix-huit jours par tuberculose pulmonaire et néphrite interstitielle.

Examen du pus absolument négatif (MM. Netter et Baillet).

Dans trois cas (Obs. I, II, VI) l'abcès était bien manifestement consécutif à la dysenterie. Dans un cas (Obs. I) l'examen bactériologique n'a pu être fait ; dans le second, cet examen a révélé la présence de streptocoques et de staphylocoques,

mais le foyer était depuis quinze jours ouvert dans les bronches; dans le troisième cas enfin (Obs. VI) l'examen est resté absolument négatif.

Dans deux observations (III, IV) l'étiologie n'a pu être établie. Une de ces malades arrivait, il est vrai, des pays chauds (IV), mais n'avait eu ni dysenterie ni fièvre intermittente. Chez l'autre malade (III) il y avait eu depuis longtemps des troubles gastriques, des coliques hépatiques. Le pus de l'abcès contenait beaucoup de streptocoques, du colibacille en moindre quantité et un long filament de nature indéterminée.

Enfin chez un dernier malade (V) l'abcès du foie était nettement la localisation d'une infection générale à streptocoques et l'origine en remontait à l'infection d'une plaie du petit doigt avec arthrite suppurée.

L'incertitude où nous sommes toujours sur la stérilité ou sur la virulence du pus des abcès du foie, impose donc l'obligation absolue d'éviter par tous les moyens, par les précautions les plus minutieuses, l'inoculation de la cavité péritonéale ou de la cavité pleurale, au cours des manœuvres que nécessite l'ouverture de l'abcès. Dans un cas (III) où la situation très profonde de l'abcès rendait les manœuvres particulièrement difficiles, j'ai eu d'autant plus à me féliciter d'avoir pris toutes ces précautions que le pus était très virulent, comme en ont témoigné les cultures et les inoculations, et contenait du streptocoque et du colibacille.

Sur les abcès du foie.

(*Société de chirurgie*, 1898, p. 81.)

Dans ce travail fondé sur l'étude de huit observations personnelles d'abcès du foie, j'ai cherché à mettre en lumière les difficultés de diagnostic ou de traitement.

Dans un premier groupe, le diagnostic fait au début avait été « coliques hépatiques ou congestion hépatique ». Ce diagnostic de congestion hépatique peut être prolongé jusqu'au moment où le foyer non reconnu s'ouvre spontanément.

Le diagnostic avec « kyste hydatique suppuré » n'a point une très grande importance, puisque l'indication opératoire et la technique sont identiques dans les deux cas.

La confusion entre l'abcès du foie et la pleurésie purulente est classique lorsque l'abcès, développé à la face convexe et refoulant le diaphragme, se traduit par une matité toujours ascendante et de la toux quinteuse. En pareil cas, l'étude attentive des commémoratifs peut mettre sur la voie du diagnostic. Les résultats fournis par la percussion et l'auscultation ont aussi une grande valeur. L'existence d'une matité limitée en haut par une ligne nettement convexe, l'absence de toute lésion pulmonaire, l'intégrité parfaite de la respiration audessus de cette ligne, me paraissent des signes qui peuvent permettre, sinon d'affirmer qu'il y a une collection sous-diaphragmatique, du moins de donner la plus grande valeur à cette hypothèse.

Les abcès de la face inférieure du foie, faisant saillie à la partie postérieure du lobe droit, peuvent simuler une collection sous-hépatique, une collection rénale ou péri-rénale, d'une façon d'autant plus frappante que le côlon transverse, non refoulé, peut être facilement reconnaissable à sa zone de sonorité normale entre le foie et la tumeur.

En pareil cas, le diagnostic est presque impossible à étayer uniquement sur les signes physiques.

La technique doit, dans ces cas, être modifiée suivant la disposition du foyer, et, en tout cas, pour ces abcès profonds, qui ne sont accessibles qu'à travers une couche épaisse de tissu hépatique et dans lesquels la protection du péritoine peut

être difficilo, j'ai conseillé et fait depuis 1893 l'évacuation du foyer par la ponction aspiratrice et en même temps le lavage à l'aide d'une solution légèrement antiseptique avant de faire l'ouverture large. J'ai obtenu de cette pratique les meilleurs résultats.

Après l'ouverture du foyer et la fixation des bords au bord de l'incision pariétale, j'ai fait souvent un grand lavage à l'eau stérilisée ou à l'eau naphtolée faible, lavage qui me semble avoir ici l'avantage de bien déterger les parois de l'abcès du pus visqueux, glutineux, qui reste adhérent à leur surface, et, surtout, de ne pas faire saigner ces parois, comme le font les nettoyages avee des tampons et, à plus forte raison, le curettage.

Rapport sur un travail de M. Loison abcès du foie.

(Société de chirurgie, 1898, p. 272.)

Amené dans ce travail à examiner la bénignité de la ponction exploratriee dans les abcès du foie, j'ai pensé devoir établir une distinction en deux groupes de faits.

En effet, dans certains cas, le foie est un peu gros, régulièrement augmenté de volume. Dans d'autres, en un point quelconque, une tumeur est appréciable, se produisant par une voussure thoracique, élargissement des espaees intercostaux, ou tuméfaction plus ou moins limitée de la portion du foie accessible à l'exploration par l'abdomen.

S'il y a tumeur, s'il y a tuméfaction limitée du foie, je pense qu'il vaut mieux reeourir d'emblée à l'ineision exploratrice abdominale ou transpleurale. On sait, en effet, en pareil eas, dans quelle région doit porter l'intervention, et, le foie mis à

nu, la ponction exploratrice, répétée au besoin en plusieurs points, sous les yeux, permettra d'atteindre le foyer sans courir aucun risque d'hémorragie ni d'infection ni de la plèvre, ni du péritoine.

Le foie est-il très volumineux, mais uniformément développé, sans bosselure, sans tuméfaction isolée appréciable? L'incision exploratrice peut être encore préférable, à cause des dangers de la ponction en pareil cas, les hémorragies graves qu'elle peut provoquer.

La laparatomie exploratrice faite dans de bonnes conditions d'asepsie n'est pas plus grave et permet d'opposer à l'hémorragie de la ponction secondaire une thérapeutique efficace.

S'agit-il au contraire d'une augmentation de volume récente du foie, d'une congestion hépatique bien nette, avec soupçon de suppuration? La ponction semble être sans danger et doit être recommandée. En tout cas, si cette ponction ramène du pus, l'incision doit être faite immédiatement.

Sur quelques phénomènes consécutifs à l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques.

(*IXe Congrès de chirurgie*, 1895, p. 491.)

J'ai cherché dans ce travail à attirer l'attention sur la congestion hépatique active observée souvent à la suite de l'ouverture large de certains kystes hydatiques du foie.

Pendant les jours qui suivent l'opération, on observe les signes d'une infection gastro-intestinale souvent très accentuée : la langue est couverte d'un enduit blanc jaunâtre épais ; l'anorexie est en général absolue ; le malade accuse une sen-

sation de malaise, d'abattement, et se plaint d'une douleur tantôt sourde, tantôt, au contraire, assez vive, non pas seulement au niveau de la plaie opératoire, mais dans toute la région hépatique. En même temps, la température s'élève le soir à 38° et à 38°,5 et même à 39° pour redescendre à 37° le matin. Cette élévation de température persiste pendant un temps variable, de cinq à huit jours environ, en diminuant cependant chaque jour de quelques dixièmes de degré. Cette fièvre ne correspond du reste à aucune infection opératoire, à aucune infection secondaire par les pansements, car, pendant tout ce temps, la cavité du kyste reste aseptique.

Ces accidents tenaces d'infection gastro-intestinale, qui ne ressemblent en rien au léger embarras gastrique passager si souvent observé après les anesthésies de longue durée et qu'un seul purgatif suffit à dissiper, semblent devoir être rapportés au trouble de la fonction hépatique dû à une congestion active du foie par décompression brusque.

L'incision large, l'évacuation d'un kyste hydatique intra-hépatique produit en effet, par suite de la décompression, une congestion intense du foie qui reprend rapidement son volume normal. Cette congestion active, très intéressante à étudier puisqu'on ne peut la reproduire expérimentalement par aucun procédé, entraîne un trouble immédiat des fonctions de la cellule hépatique et un certain degré d'infection suivant le mécanisme bien mis en lumière par Hanot dans son Rapport au Congrès de médecine sur les rapports du foie et de l'intestin (1894).

L'apparition rapide dans l'urine d'une forte proportion d'urobiline témoigne chez ces malades du trouble fonctionnel de la cellule hépatique.

Ces accidents sont surtout observés dans les kystes postéro-supérieurs ou dans les kystes antéro-inférieurs encore en grande

partie enclavés dans la substance du foie. Ils n'existent pas à la suite d'ouverture de kystes antéro-inférieurs énucléés pour ainsi dire de la masse du foie, parce que l'évacuation ne provoque pas de décompression du foie.

Antéflexion du rein. — Néphropexie.

(*Société de chirurgie*, 15 février 1893.)

Chez une jeune femme opérée trois ans auparavant de néphropexie pour rein mobile, les accidents douloureux reparurent brusquement à la suite d'une chute sur le siège ; ils se reproduisirent à des intervalles de plus en plus rapprochés et s'accompagnèrent de troubles nerveux très accentués, notamment de tachycardie paroxystique avec dilatation des carotides et des sous-clavières et signes de maladie de Basedow à forme fruste.

Il n'était cependant possible de constater aucun déplacement, aucun abaissement du rein.

Sur les instances de la malade, qui décrivait d'une façon très nette la douleur spéciale qui survenait à l'occasion de tout mouvement de flexion du tronc, je fis une incision exploratrice lombaire et je constatai que l'extrémité inférieure du rein, autrefois suturé à la paroi, était seule restée fixée par un trousseau fibreux épais ; que l'extrémité supérieure avait au contraire perdu toute adhérence avec la paroi et qu'elle basculait en avant, produisant une coudure très nette, à angle aigu, du rein à sa partie moyenne, une véritable antéflexion du rein. Une nouvelle néphropexie faite sur l'extrémité supérieure de l'organe amena la disparition des crises douloureuses et l'amélioration progressive des troubles nerveux.

Je signale cette observation à cause de l'extrême rareté de

cette flexion du rein, dont je n'ai pu trouver d'autre exemple : on conçoit qu'elle ne puisse guère se produire que si l'extrémité inférieure du rein est solidement fixée, sans quoi l'organe se déplace en masse et la coudure porte sur l'uretère ou la partie inférieure du bassinet.

La coudure du rein provoquait d'ailleurs des accidents douloureux que la malade comparait à une sensation de torsion et analogues à ceux qui, dans l'hydronéphrose intermittente, accompagnent la coudure de l'uretère.

Hernies de la vessie.

Du mécanisme de la production de la hernie dite par bascule, sans adhérences au contenu du sac.

(*Société anatomique*, 5 avril 1895.)

Il semble que parfois la portion extra-péritonéale de la vessie, entraînée par le glissement du péritoine dans une vieille hernie, ait été suivie d'une sorte de bascule de la partie supérieure, péritonéale, située elle aussi tout contre l'orifice inguinal profond. Il y a donc ici à la fois hernie par glissement de la portion extra-péritonéale, hernie par bascule de la portion péritonéale. En augmentant progressivement sous l'influence du relâchement de la paroi vésicale, cette hernie de la portion péritonéale pourrait atteindre le fond des bourses et, entraînant presque toute la vessie, réduire pour ainsi dire la petite hernie de la portion extra-péritonéale. Dans cette hypothèse la variété observée dans le second cas ne serait que le premier degré de cette hernie presque totale de la portion péritonéale, correspondant à la hernie dite par bascule et difficile à expliquer sans l'existence d'adhérences à l'intestin ou à l'épiploon.

Au cours d'une kélotomie, pour hernie inguinale droite étranglée, chez un homme de cinquante-neuf ans, j'ai trouvé dans le sac une hernie de la portion péritonéale de la vessie, hernie volumineuse, ancienne, comme le prouvait le rétrécissement en forme de pédicule de la portion correspondant au trajet inguinal, mais ne présentant aucune adhérence aux parois ni au contenu du sac. En ouvrant largement le canal inguinal pour pouvoir réduire cette vessie herniée, il était facile de voir que la portion extra-péritonéale de la vessie, sans être réellement herniée, venait bomber dans l'anneau inguinal. Dans un second cas, observé chez un homme de cinquante-cinq ans, au cours d'une cure radicale pour hernie inguinale gauche non étranglée, mais douloureuse sous le bandage, la portion extra-péritonéale était herniée sous forme d'un bourrelet de 2 centimètres de hauteur environ ; au-dessus, faisait saillie dans le sac une hernie de la portion péritonéale de la vessie, retombant sur la précédente et comme séparée d'elle par une coudure, par un sillon correspondant à la ligne d'insertion du péritoine. Ici encore la cure radicale put être faite sans ouvrir la vessie.

Appendicite.

Dans une série de discussions sur l'appendicite, à la Société de chirurgie, je me suis attaché à apporter un certain nombre de faits, à présenter des pièces anatomiques. Je n'analyserai que quelques-unes de ces communications.

Discussion sur les appendicites kystiques.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 728.)

Diverticules de l'appendice et kystes para-appendiculaires.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 822; 1902, p. 1073; 1903, p. 804 et 810.)

Appendicite et étranglement intestinal.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 731.)

Discussion sur les appendicites gangreneuses.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 560.)

Discussion sur l'appendicite coexistant avec l'annexite.

(*Société de chirurgie*, 1902, p. 677.)

Discussion sur un point particulier du manuel opératoire de l'appendicectomie.

(*Société de chirurgie*, 1904, p. 569.)

Discussion sur l'appendicite traumatique.

(*Société de chirurgie*, 1907, p. 351.)

Discussion sur les abcès pelviens d'origine appendiculaire.

(*Société de chirurgie*, 1907, p. 526.)

Discussion sur l'embolie pulmonaire dans l'appendicite.

(*Société de chirurgie*, 1903, p. 528 ; 1908, p. 1050.)

Discussion sur la pathogénie de l'appendicite.

(*Société de chirurgie*, 1896, p. 750.)

Sur 27 cas d'appendicite confirmée, 14 fois j'ai pu trouver une relation évidente entre l'attaque d'appendicite et l'état d'infection de l'intestin; 3 fois au cours d'une infection intestinale aiguë (1 fois à la suite d'une entéro-colite aiguë, 1 fois à la suite d'une fièvre typhoïde, 1 fois au début même d'une fièvre typhoïde).

Chez les 11 autres malades, l'appendicite est survenue au cours d'une entéro-colite chronique plus ou moins ancienne.

Sur les 27 cas observés, 17 ont été opérés dans des conditions différentes :

1° Dans 2 cas, incision de foyers enkystés péri-appendiculaires ;

2° Dans 5 cas, opération à froid. Un seul de ces cas présentait un intérêt tout particulier pour l'étude de la pathogénie. Il s'agissait d'une appendicite chronique pure, ayant évolué d'une façon tout à fait latente, sans jamais de crise

aiguë ni subaiguë, et n'ayant provoqué pendant trois ans que des troubles digestifs rapportés à des lésions hépatiques ; l'appendice était le siège d'une folliculite très étendue et en deux points la paroi était ulcérée, réduite à sa couche séreuse, prête à se perforer. C'est là le premier cas d'appendicite chronique que j'aie pu observer d'une façon précise.

3° Dans les 10 derniers cas, résection de l'appendice pendant une crise aiguë : 3 fois avec péritonite diffuse (1 mort, 2 guérisons), 7 fois avec péritonite plus ou moins localisée (7 guérisons).

Dans tous ces cas, la cavité de l'appendice était toujours libre, parfois rétrécie en certains points, d'autres fois largement ouverte.

Dans une de ces observations, il s'agissait d'une première crise d'appendicite ; la cavité de l'appendice était absolument libre et contenait du bactérium-coli et des microbes divers de l'intestin ; le liquide de la péritonite contenait du bactérium coli pur. La propagation de l'infection au péritoine s'était faite directement par la paroi appendiculaire sans aucune cause de rétention.

Dans tous les cas existait une folliculite plus ou moins accentuée pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès dans la paroi.

Sur le traitement de l'appendicite.

(*Société de chirurgie*, 1899, p. 104 et 253.)

Dans une discussion sur le traitement de l'appendicite, je donnai ma statistique de 1898 :

23 résections à froid de l'appendice : 23 guérisons.

2 ouvertures de foyers enkystés : 2 guérisons.

2 interventions pour péritonite généralisée : 1 mort.

La comparaison avec la statistique précédente montre que depuis un an je n'intervenais plus guère d'urgence que dans les cas très graves de péritonite septique.

Dans les autres cas le traitement médical très sévèrement observé (diète absolue, opium, application permanente de glace sur le ventre) m'avait donné d'excellents résultats.

« Dans les cas où j'ai pu opérer dans les premières vingt-quatre heures, l'opération a été simple, l'ablation de l'appendice facile et la guérison régulière.

« Mais si je crois l'opération excellente à cette période du début, je persiste à penser que le second et surtout le troisième ou le quatrième jour, il y a souvent avantage, lorsque la localisation tend à se faire, à attendre, en surveillant de très près le malade. »

Je rapporte dans ce travail douze observations de persistance d'accidents à la suite d'ouverture de foyers sans ablation de l'appendice ; ces faits montrent la nécessité de l'intervention à froid après une crise grave.

Sur le traitement de l'appendicite.

(*Société de chirurgie*, 1902, p. 1084.)

Statistiques d'interventions pour appendicite du 1er janvier 1900 au 15 novembre 1902 :

Opérations à chaud.........	23	guérisons	15	morts	8
A froid après crise grave.....	74	—	74	—	0
A froid après crise légère ou pour appendicite chronique	106	—	106	—	0
	203	—	195	—	8

Soit environ 4 p. 100 de mortalité.

En réunissant les cas des deux premières catégories, on trouve 97 appendicites en crise grave avec péritonite plus ou moins étendue ; 74 ont pu être soignées et guéries sans accident pour être plus tard opérées à froid. Les autres ont dû être opérées soit au début de la crise quand j'ai pu le faire, soit à une époque plus tardive. Sur ces 97 cas graves j'ai eu 8 morts, soit un peu plus de 8 p. 100.

Appendicite chronique.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 157 et 159.)

Il s'agit ici d'une forme particulière d'appendicite chronique, sans poussées aiguës et anatomiquement caractérisée par une folliculite ascendante dont l'évolution progressive amène la sclérose, l'oblitération complète de l'extrémité, puis de la partie moyenne de l'organe. L'évolution très lente de ces lésions entraîne des troubles dyspeptiques très accentués qui disparaissent après l'ablation de l'appendice.

Épiploïtes.

Sur une forme d'appendicite chronique : appendicite avec adhérences épiploïques.

(*XIIe Congrès de chirurgie*, 1898, p. 339.)

J'ai étudié dans ce premier travail les adhérences épiploïques qui compliquent l'appendicite chronique, soit primitive, soit consécutive à une crise aiguë.

L'examen des différentes variétés d'adhérences explique les signes cliniques parfois constatés en pareil cas et dus au tiraillement, à l'abaissement de l'estomac, aux coudures du côlon, etc.

J'ai classé les observations en quatre groupes qui répondent à des formes différentes :

1° Adhérences épiploïques anciennes. Appendicite chronique à évolution latente, sans aucune crise aiguë ;

2° Adhérences épiploïques anciennes. Crise récente d'appendicite aiguë ;

3° Appendicite à répétition. Adhérences épiploïques récentes. Poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite;

4° Crise d'appendicite récente. Adhérences épiploïques récentes.

L'étude des observations montre un premier fait très frappant : la rareté relative des adhérences de l'épiploon à l'appendice lui-même. L'épiploon adhère surtout au cæcum, au côlon ascendant, à la paroi.

Les opérations faites au début d'une crise mettent bien en évidence ces infections de l'épiploon à distance et montrent

comment peuvent s'établir les adhérences loin de l'appendice, foyer initial des lésions péritonéales.

J'ai essayé de dégager dans une symptomatologie complexe, incertaine et vague, les signes qui permettent de reconnaître ces adhérences épiploïques. La douleur, les troubles dyspeptiques, la dilatation de l'estomac ou d'une portion du côlon sont des signes de présomption; de même la douleur à la pression sur le côlon ascendant avec retentissement à l'ombilic ; l'existence d'une tuméfaction allongée suivant le côlon ascendant a une valeur sémiologique plus grande.

Appendicite chronique et épiploïtes.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 180 ; 1900, p. 824 ; 1902, p. 739 ; 1905, p. 274 1905, p. 354 ; 1905, p. 396 ; 1905, p. 510 ; 1906, p. 58.)

Dans toute une série de présentations et de discussions à la Société de chirurgie, je me suis efforcé de montrer les différentes variétés d'épiploïtes chroniques, d'étudier les différents types de lésions de l'épiploon, leurs rapports avec l'appendicite chronique et la colite chronique.

L'épiploïte peut être due à la colite chronique, comme le prouvent les observations dans lesquelles l'épiploïte s'est développée et a évolué après l'ablation de l'appendice.

L'épiploïte une fois constituée entretient la colite et, dans les cas où la sclérose de l'épiploon est accentuée, la colite, rebelle à tous les traitements médicaux, ne peut être traitée efficacement qu'après la résection de l'épiploon malade.

Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 254.)

L'appendicite chronique, et surtout l'appendicite chronique d'emblée, est caractérisée avant tout par des troubles digestifs. Ces troubles digestifs me paraissent devoir être rapportés à plusieurs causes :

A. La première, de beaucoup la plus importante, celle qui domine toute l'histoire symptomatique de la maladie, c'est l'infection entretenue par l'évolution de la folliculite, infection qui se propage directement à l'intestin, infection qui se propage aussi par la voie lymphatique et qui se traduit cliniquement par des troubles digestifs variés, l'intolérance de certains aliments, et surtout par cette teinte terreuse de la face si caractéristique, par de petites poussées de congestion hépatique, par la perte des forces, etc.

Après les crises d'appendicite aiguë, les exemples d'infection lymphatique sont bien connus. L'infection peut, dans l'appendicite chronique d'emblée, provoquer de même des adénites à évolution chronique.

Je rapporte, dans ce travail, un exemple, le premier je crois, d'adénite du méso-appendice dans une appendicite chronique pure. L'examen bactériologique, pratiqué par M. Widal, montra, dans l'appendice d'une part et dans le centre du ganglion d'autre part, des cultures identiques de streptocoque et de colibacille. Les troubles digestifs, très intenses dans ce cas et qui, en l'absence de toute crise appendiculaire, n'avaient jamais été rapportés à leur véritable cause, disparurent complètement après l'ablation de l'appendice et du ganglion infecté.

B. Dans un certain nombre de cas, les troubles digestifs ne paraissent pas devoir être rapportés à l'infection, mais bien à la persistance de douleurs, aux tiraillements exercés par un gros appendice kystique. C'est là une forme rare. J'en rapporte ici un exemple très remarquable : troubles digestifs très marqués, amaigrissement considérable chez une femme dont l'appendice complètement transformé en kyste avait 9 centimètres de circonférence et, tombant dans le petit bassin, tiraillait en bas le cæcum.

C. Un troisième groupe de faits est caractérisé par les adhérences épiploïques qui jouent, dans nombre de cas, un rôle fort important. J'étudie ici les différentes modalités de ces adhérences et les formes variables d'épiploïte avec adhérences.

Des épiploïtes chroniques.

(*XIX° Congrès de chirurgie*, 1906, p. 169.)

L'inflammation chronique, la sclérose de l'épiploon provoque toute une série de troubles gastro-intestinaux, alors même que l'épiploon n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins.

Il ne faut donc pas, dans la pathogénie des troubles gastro-intestinaux, incriminer seulement les adhérences; on doit élargir la question et étudier toutes les altérations de l'épiploon, les épiploïtes avec ou sans adhérences.

Ces épiploïtes sont fréquentes, presque toujours méconnues, et passent même inaperçues au cours des laparatomies ; il faut les rechercher, sous peine de faire une opération incomplète, de laisser un épiploon malade dont l'altération progressive entretiendra un état permanent de douleurs, d'infection intestinale, etc.

J'ai essayé, dans cette étude, de montrer d'abord les différences entre l'épiploıte aiguë et l'épiploïte chronique. L'aspect des lésions est tout différent, alors même qu'on intervient à froid : six semaines ou deux mois après une crise aiguë, les traces de l'inflammation en voie de régression présentent encore les caractères de l'épiploïte aiguë : paquets d'épiploon rouge, adhérents, traînées épiploïques d'un rouge vif, ou d'une teinte lie de vin; mais, plus loin, l'épiploon reprend son aspect normal, sa souplesse; si l'intervention est plus tardive, on ne trouve plus rien, les adhérences ont disparu, ou, si elles persistent, elles ne se présentent le plus souvent qu'avec l'aspect de brides attachant à la paroi ou à un organe abdominal une portion plus ou moins étendue d'épiploon d'apparence à peu près normale. Dans l'épiploïte chronique pure, dont l'évolution n'a été troublée par aucune infection péritonéale aiguë, l'aspect est tout différent.

Au début, c'est une *teinte rose*, plus ou moins accentuée, quelquefois diffuse, occupant le plus souvent la moitié droite de l'épiploon ; déjà à ce moment on trouve d'ordinaire des *plaques granitées*, d'un rouge plus vif, rugueuses au toucher, zones d'épaississement où l'épiploon est plus dur ; plus tard, ces plaques sont plus épaisses et peuvent aboutir à la formation de ces masses volumineuses, dures, grenues, qui sont souvent le siège de poussées inflammatoires subaiguës. Dès le début ces lésions paraissent presque toujours au bord libre de l'organe sous forme d'une bande rouge, granitée, épaisse. En même temps, on trouve à la surface de l'épiploon, soit à la face antérieure, soit à la face postérieure, de minces filaments, en forme de brides, irrégulièrement disposés, entrecroisés ; plus tard des brides plus épaisses, dures, fibreuses, enchevêtrées en tous sens, formant par sclérose progressive de véritables nœuds de rétraction.

Il en résulte un raccourcissement de l'épiploon qui provoque la coudure de l'angle droit du côlon, la coudure de l'angle gauche, des plicatures du côlon transverse en un point quelconque, lésions bien connues, au moins aux angles du côlon.

Très souvent existe une disposition sur laquelle je crois devoir insister parce qu'elle peut facilement passer inaperçue. De la face postérieure de l'épiploon au ras de son insertion côlique, se détachent des brides qui vont s'insérer sur le feuillet inférieur du méso-côlon tout près de l'intestin. Ces brides enserrent, coupent la face inférieure du côlon, et il est facile de se rendre compte de la gêne constante qu'elles apportent à la circulation intestinale au même titre que les rétractions qui déforment les angles côliques. Ces brides affectent toujours la même disposition à la face postérieure de l'intestin. Souvent on n'en trouve qu'une, parfois plusieurs, échelonnées à intervalles variables, sur le trajet du côlon transverse.

A une période avancée de l'évolution des lésions, au lieu des plaques granitées rouges, on trouve des plaques blanches, nacrées, tantôt petites, isolées, tantôt étalées en larges lames sur une étendue plus ou moins considérable de l'épiploon.

Les lésions peuvent rester toujours localisées à l'épiploon seul, comme en témoignent les faits nombreux que j'ai rencontrés de vieilles épiploïtes avec sclérose très accentuée sans aucune adhérence aux organes voisins.

D'autres fois, l'épiploon contracte des adhérences.

Sur 225 cas personnels de résection de l'épiploon pour épiploïte chronique depuis 1898, je trouve 39 cas sans adhérences et 186 avec adhérences ; mais la proportion n'est certainement pas exacte, car dans les premières années, je ne recherchais pas aussi soigneusement que je le fais maintenant les lésions d'épiploïte, de sorte que je n'enlevais guère que les épiploons adhérents.

Beaucoup plus exacte est la proportion relevée par mon interne et ami, M. Descomps, qui a recueilli toutes les observations d'épiploïtes pendant l'année 1905, dans mon service, à l'hôpital de la Pitié.

Sur 36 cas, M. Descomps a noté 25 fois des adhérences, 11 fois des lésions limitées à l'épiploon seul.

Les adhérences se font surtout au cæcum et au côlon. Dans un relevé de 18 cas que j'avais apporté en 1900 à la Société de chirurgie, je trouvais : cæcum et côlon ascendant 11 fois, paroi et côlon 4 fois, appendice 3 fois, intestin grêle 2 fois, vessie 1 fois, utérus et ovaire 2 fois.

Sur ses 25 cas d'adhérences, M. Descomps note : cæcum 15 fois, côlon ascendant 9 fois, côlon transverse 8 fois, angle côlique droit 6 fois, paroi abdominale 6 fois, intestin grêle 3 fois, paroi pelvienne 3 fois, appendice 3 fois, fosse iliaque 2 fois, annexes 3 fois, vessie 1 fois.

Je ne veux pas insister ici sur la forme et les variétés de ces adhérences. Je dois pourtant signaler une disposition qui n'est pas rare : la partie droite de l'épiploon, ramassée en une sorte de corde épaisse, passe sur l'angle droit du côlon qu'elle comprime pour aller s'attacher au-devant du rein, au-dessous du foie.

Dans quelques cas rares, aux lésions que je viens de passer rapidement en revue s'ajoute la formation de foyers sanguins qui se présentent sous la forme de grains noirs arrondis, du volume d'un grain de plomb ou même d'un gros pois.

Enfin je rapporte dans ce travail l'observation, que je crois unique, d'un fait offrant une grande importance dans l'étude de la pathogénie des épiploïtes : le dépôt dans l'épiploon de grains de charbon, après ingestion longtemps prolongée de charbon de Belloc.

Après avoir exposé le détail de 24 examens histologiques

faits par M. le Dr Beujard, je donne les conclusions suivantes :

L'épiploïte chronique semble liée étroitement aux infections intestinales chroniques et surtout à l'appendicite. C'est dans l'appendicite chronique pure, ou dans l'appendicite chronique avec colite que je l'ai toujours rencontrée.

Les inflammations pelviennes peuvent donner lieu à des poussées d'épiploïte aiguë et à la formation d'adhérences. Je n'ai jamais encore rencontré en pareil cas d'épiploïte chronique diffuse à moins qu'il n'y ait en même temps appendicite.

La prédominance des lésions dans la moitié droite de l'épiploon est du reste presque constante, ainsi que les lésions d'appendicite chronique.

Dans bien des cas il me semble difficile de faire le départ de ce qui ressortit, dans l'étiologie de l'inflammation de l'épiploon, à l'appendicite chronique ou à la colite. Il est certain que des malades opérés d'appendicite peuvent souffrir encore des troubles dus à l'épiploïte chronique ; on peut même voir des poussées subaiguës d'épiploïte simulant une véritable crise de péritonite péri-appendiculaire. Mais on ne saurait conclure de pareils faits que l'épiploïte uniquement due à de la colite s'est développée consécutivement à l'ablation de l'appendice ; il faudrait, pour appuyer cette conclusion, la preuve d'un examen complet, méthodique de l'épiploon au moment de l'opération. Or cette vérification de l'état de l'épiploon n'est pas faite le plus souvent ; l'attention du chirurgien n'est guère attirée sur l'épiploon que s'il existe des adhérences.

D'après ce que j'ai observé, il me semble que les lésions d'appendicite chronique et d'épiploïte chronique se développent concurremment et que même, le plus souvent, l'épiploïte soit consécutive à l'appendicite. Mais, je le répète, il serait prématuré de conclure actuellement d'une façon précise.

Je ne parlerai pas ici des adhérences périgastriques, péricystiques consécutives aux gastrites, aux cholécystites, aux infections des voies biliaires. Elles peuvent s'accompagner d'épiploïte diffuse et ici l'étiologie est encore plus complexe, car, dans nombre de cas, la colite chronique, l'appendicite chronique compliquent la cholélithiase.

La réaction rapide de l'épiploon sous l'influence des injections expérimentales de toxines nous montre aussi la possibilité du développement d'épiploïtes de défense et par conséquent d'épiploïtes chroniques à la suite d'infections générales.

Je ne veux pas parler ici de la symptomatologie ; je me bornerai à dire que tous les signes observés (dyspepsie gastro-intestinale, constipation, douleurs, inappétence, digestion difficile de certains aliments, nausées, etc.) doivent être rapportés à la gêne constante de la circulation intestinale, aux phénomènes d'infection et d'intoxication qui en résultent et à des réflexes.

Ce que j'ai voulu, c'est attirer l'attention sur ces lésions si fréquentes et encore si mal connues, montrer des pièces répondant aux diverses formes que j'ai rencontrées et surtout insister sur la nécessité de faire toujours, au cours des laparatomies, une exploration complète de l'épiploon.

Il ne suffit pas de s'assurer qu'il n'existe pas d'adhérences aux organes voisins, à la paroi abdominale ; il faut toujours attirer au dehors l'épiploon tout entier, ce qui est facile même par une très petite incision latérale d'appendicectomie.

Si l'épiploon paraît altéré, il faut réséquer largement toute la zone atteinte. S'il paraît sain, si vous ne découvrez sur la face antérieure ni nœuds de rétraction fibreuse, ni plaques granitées, ni même de plaques rosées, ne vous contentez pas de ce premier examen ; soulevez l'épiploon, renversez-le en haut : souvent à la face postérieure vous découvrirez des

lésions, souvent vous trouverez échelonnées le long du côlon transverse les brides sur lesquelles j'ai insisté et qu'il sera nécessaire de réséquer sous peine de faire une opération incomplète, de voir persister des accidents de colite, d'intoxication intestinale chronique dus à la persistance de ces compressions de l'intestin.

La résection de l'épiploon doit être faite très près de son insertion côlique et toujours par petits pédicules isolés pour laisser à l'intestin toute sa liberté, toute sa mobilité.

Je n'ai jamais fait de ligatures enchaînées, parce que la prise de deux faisceaux épiploïques voisins dans un même nœud tend forcément à plier ou tout au moins à incurver l'intestin. Je dois dire que les ligatures en pédicules isolés bien dissociés assurent absolument l'hémostase. Sur les 225 cas de résections épiploïques para-côliques que j'ai pratiquées, je n'ai pas eu une seule hémorragie.

La résection a porté le plus souvent sur la moitié droite seulement de l'épiploon ; nombre de fois sur l'épiploon tout entier.

Rupture du fascia transversalis par contraction musculaire.

(Société de chirurgie, 1901, p. 658.)

Cette observation a trait à un point très obscur du diagnostic de l'appendicite. Il s'agit là d'une lésion non décrite et, en tout cas, très mal connue.

J'ai pu, dans ce cas, faire le diagnostic d'une façon très précise, le vérifier par l'opération et obtenir la guérison complète d'une infirmité très pénible.

Chez un malade qui me fut présenté comme atteint d'appen-

dicite (d'appendicite réveillée par un traumatisme), l'examen minutieux, l'exploration méthodique de la fosse iliaque montra une localisation de la douleur sur le bord externe du grand droit à $0^m,09$ au-dessous de l'ombilic, sur une hauteur de $0^m,03$, avec une légère dépressibilité de ce côté. La contraction volontaire des deux muscles droits faisait disparaître la sensation d'inégale tension des aponévroses droite et gauche, ainsi que la légère dépression du côté droit, ce qui indiquait l'intégrité de l'aponévrose superficielle.

La torsion volontaire sur le côté gauche provoque une douleur plus vive que la torsion sur le côté droit, et, dans ce dernier cas, on a à nouveau la sensation d'un point dépressible dans la paroi, en dehors du bord externe du grand droit. Mais le maximum de douleur est éveillé lorsque, demandant au malade de tourner le bassin vers la gauche, on s'oppose au mouvement de torsion. La douleur est alors si vive qu'elle arrête le mouvement.

Il semble donc que le point faible et douloureux siège sous l'aponévrose du grand oblique qui est intact, et qu'il doit répondre à une déchirure des aponévroses du petit oblique ou du transverse.

L'opération montra, en effet, une déchirure de l'insertion du fascia transversalis, au ras de l'arcade de Douglas, déchirure d'environ deux travers de doigt de haut et au travers de laquelle bombait le péritoine.

La réparation des plans aponévrotiques donna un résultat parfait.

Sur la technique de l'anus iliaque.

(*Société de chirurgie*, 1903, p. 229.)

La technique que j'emploie depuis 1893 est une simplification du procédé d'Audry.

L'incision de la peau ménage une languette cutanée de 2 centimètres de long environ qui, après extériorisation du côlon iliaque, est passée à travers le méso-côlon et suturée à la lèvre opposée de la plaie cutanée de façon à établir un soutien permanent à l'anse herniée et à s'opposer définitivement au retrait de cette anse. Les plans musculaires sont simplement dissociés à la sonde cannelée, et aucune suture n'est faite en dehors des trois points nécessaires à la fixation de la languette cutanée.

L'opération est ainsi très simple, très rapide et assure l'établissement définitif de l'anus iliaque dans les meilleures conditions.

Épiplocèle sphacélée.

(*Société clinique*, 1882, p. 155.)

Épiplocèle crurale ancienne, chez une vieille femme. Poussée inflammatoire. Phénomènes d'étranglement. Sphacèle de l'épiploon. Incision, élimination de l'épiploon mortifié. Guérison.

Le sphacèle d'une épiplocèle est tout à fait exceptionnel. Je n'ai pu trouver de cas analogue.

Grossesse tubaire rétro-cæcale avec hématocèle lombo-iliaque.

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, p. 967.)

Chez une femme de trente-six ans, à l'ouverture d'un volumineux foyer iliaque rétro-colique qui avait évolué à la façon d'un phlegmon iliaque d'origine appendiculaire, avec début brusque, élévation progressive de la température jusqu'à 40°, je trouvai une énorme hématocèle non suppurée occupant toute la fosse iléo-lombaire, remontant au-devant du rein jusque sous le foie, et contenant un embryon de 3 centimètres de long.

La trompe s'était glissée sous le bord inférieur du méso-côlon pour venir s'étaler dans la fosse iliaque et, au moment de la rupture, l'hématocèle s'était faite en arrière du cæcum et du côlon ascendant.

Je n'ai pu retrouver aucun fait semblable dans la littérature, et c'est à ce titre que j'ai cru devoir signaler cette observation.

Observations de corps fibreux avec inversion de l'utérus. — Énucléation et morcellement de la tumeur. — Réduction spontanée de l'inversion.

(Observations rapportées dans la thèse de M. Delteil, Paris, 1890.)

La méthode de choix pour les gros fibromes emplissant le vagin est l'énucléation avec morcellement, car il est souvent impossible de savoir s'il n'y a pas inversion utérine.

Dans deux cas où j'ai pratiqué l'énucléation de très volumi-

neux fibromes avec inversion, l'inversion s'est réduite au bout d'une quinzaine de jours par le simple tamponnement du vagin méthodiquement appliqué.

Kyste du vagin.

(*Société anatomique*, 1890, p. 439.)

Très volumineux kyste de la paroi antérieure du vagin faisant saillie hors de la vulve et se prolongeant dans le ligament large droit. Extirpation totale ; après incision de la portion vaginale, la paroi est disséquée comme un sac herniaire sur le doigt introduit dans la cavité. La portion supérieure de la tumeur est constituée par une seconde cavité kystique, cylindrique qui peut être isolée sans être ouverte et extirpée dans la base du ligament large droit.

L'examen histologique pratiqué par M. Sottas montre que la cavité kystique est tapissée par un épithélium cylindrique et la paroi constituée par une couche conjonctive épaisse entourée de plusieurs plans concentriques de fibres musculaires lisses. Ces caractères anatomiques confirment le diagnostic de kyste des conduits de Gaertner qui avait été posé en raison de la situation de la tumeur et de son prolongement dans le ligament large.

Sur un procédé d'orchidopexie.

(*XIX[e] Congrès de chirurgie*, 1906, p. 759, et *Société de chirurgie*, 1901, p. 852 ; 1903, p. 359 ; 1903, p. 528 ; 1904, p. 318 ; 1906, p. 461 ; 1906, p. 1033 ; 1907, p. 329 ; 1907, p. 557 ; 1908, p. 285.)

Ce procédé consiste essentiellement à utiliser la cloison des bourses pour exercer sur le testicule abaissé une traction

élastique, continuant à agir d'une façon permanente et efficace.

Je libère toujours le cordon très haut, souvent jusque dans l'abdomen, pour pouvoir abaisser franchement le testicule. J'ai insisté sur l'utilité, dans les cas difficiles, du dégagement du canal déférent très loin, dans l'abdomen.

Le testicule abaissé est passé dans une boutonnière faite à la cloison des bourses, placé par conséquent dans la loge du côté opposé et maintenu en place par le rétrécissement de la boutonnière de la cloison par quelques points de catgut séparés. Jamais je ne fais de fixation du cordon au canal inguinal, fixation qui provoque la formation d'une adhérence définitive avec noyaux indurés tout le long du cordon. Ici, au contraire, le cordon reste libre et garde toute sa mobilité et sa souplesse.

Jamais, depuis 1900 que j'emploie ce procédé, je n'ai vu remonter ultérieurement le testicule. Il a plutôt tendance à s'abaisser davantage ; il se place toujours au-dessous du testicule sain et conserve une parfaite mobilité. Ce résultat, constant, que j'ai vérifié chez tous les opérés, revus et présentés à la Société de chirurgie après plusieurs années, est dû, je pense, à la permanence de la traction élastique par la cloison.

Lymphadénome du testicule.

(*Société anatomique*, 1889, p. 502.)

Je signale cette observation pour ce seul fait que le malade, revu dix ans après l'intervention, était toujours bien portant et ne présentait aucune trace de récidive ni de généralisation.

Tumeur de la face antérieure du sacrum enlevée par laparotomie.

(*Société de chirurgie*, 1900, p. 766.)

Il s'agit ici d'une méthode qui peut être utilisée dans des cas exceptionnels.

J'ai pu enlever une volumineuse tumeur de la face antérieure du sacrum faisant saillie dans la cavité pelvienne et dans l'abdomen, après incision du feuillet péritonéal postérieur, décollement sur la face antérieure du sacrum jusque dans le troisième trou sacré du côté gauche, tamponnement de la cavité et marsupialisation de cette poche rétro-péritonéale.

Ces tumeurs volumineuses de la face antérieure du sacrum peuvent, comme dans ce cas particulier, simuler une tumeur rétro-utérine, péri-rectale, car l'exploration par le toucher rectal permettait ici de sentir nettement la tumeur entre le rectum et l'utérus à gauche.

Il était impossible de la limiter. Elle semblait absolument soudée à la paroi pelvienne, ce qui m'avait fait porter le diagnostic probable de fibrome de l'ovaire ou du ligament large enclavé dans le bassin.

5727-08. — Corbeil. Imprimerie Crété.